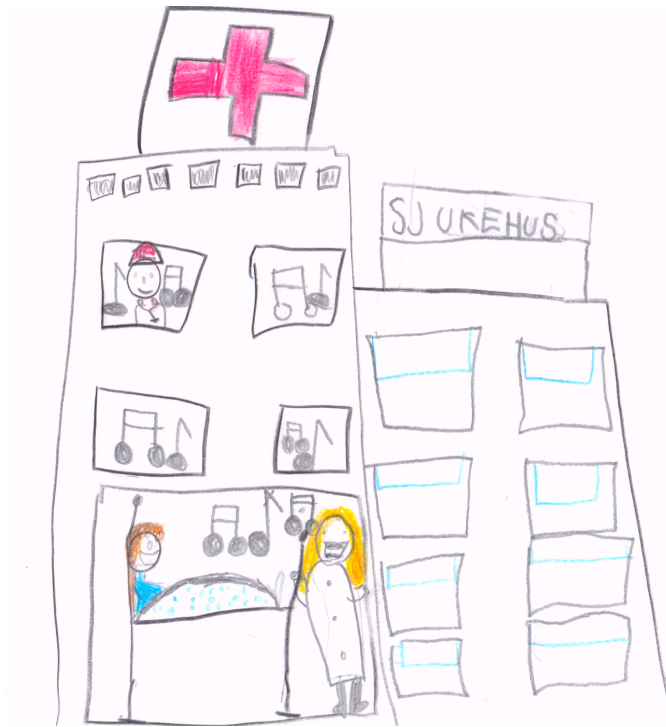


”Kva er meg, og kva er systemet?”

Ei kvalitativ undersøking av musikkterapeutar sine erfaringar i høve til sin rolle og profesjonalitet i arbeid med born på sjukehus



Julie Mangersnes



**Masteroppgåve i musikkterapi
Griegakademiet - Institutt for musikk**

Universitetet i Bergen

Våren 2012

Abstract

“What is me, and what is the system?”

- A qualitative study of music therapists working with children in hospitals, and their experiences in relation to their roles and professionalism.

This thesis is a qualitative study exploring music therapists' experiences of their professionalism in relation to the different roles they have in this hospital context. The method used is semi-structured interviews with three music therapists who work or have been working at a children's ward in Norwegian hospitals. Current texts describing music therapeutic work in this hospital context in Norway identify the numerous roles music therapists take in their work. Based on this I saw the need for a study that referred to music therapists working with children in hospitals based on a professional perspective. The literature review in this thesis therefore includes theories on professions in general, but the main focus is on texts about music therapy as a profession. Music therapy work with children in hospitals in Norway is to a large extent based on an environmentally oriented and community music therapy approach. Literature on community music therapy is also emphasized. The findings in the interviews identify some challenges with being a non-medical profession in a large medical system. The music therapists' role in a hospital setting is often diverse and undefined. This thesis emphasizes the relationship between these structural aspects and the music therapists' sense of professional identity.

Førord

Arbeidet med denne oppgåva har vore ein lang prosess, med mange utfordringar av både fagleg og ufagleg art undervegs. Det kjennest difor litt uverkeleg å sjå lyset i tunnelen så tydeleg, og faktisk vere i mål. Denne oppgåva symboliserar både slutten av ein periode som student, men også starten på framtida som musikkterapeut. Eg kjenner meg takknemlig for at eg no skal ut i verda å få høve til å praktisere faget, og dele og skape musikk med andre menneske. Det ser eg fram til!

Det er fleire eg gjerne vil rette ein stor takk til i forbindelse med denne masteroppgåva. Først og fremst vil eg takke informantane mine som tok seg tid til å delta i mitt prosjekt. Dykk gav meg mykje spanande og interessant datamateriale, så tusen takk skal de ha!

Eg vil og rette ein stor takk til min dyktige og kunnskapsrike rettleiar Randi Rolvsjord, for at du alltid har stilt opp når eg har hatt behov for det. Takk for oppmuntrande samtalar, konkrete tilbakemeldingar, og ikkje minst at du heile tida har hatt trua på meg. Du er ein stor inspirasjon, og takk for at du stod løpet ut med meg!

Takk til alle mine gode vener og veninner for oppmuntrande samtalar, sosiale møter, fine turar og middagar. Og ikkje minst ein stor takk for at dykk har godtatt at eg har vore litt egoistisk, og ikkje heilt tilstades i denne perioden. Tusen takk til mine medstudentar for tre fantastiske år på studiet. Takk for både fagleg og ufagleg hjelp og støtte, og lykke til vidare alle saman!

Tusen takk til mamma og pappa for at de alltid stillar opp og støttar meg i både oppturar og nedturar. Takk for at de har hatt trua på meg, og ikkje minst for at de har sørgja for at eg har hatt mat i kjøleskapet! Ein stor takk går til Kristine, mi kjære syster for oppmuntrande ord, korrekturlesing, og eit ja kvar gong eg spør om noko. Tusen takk til tante Marion for fagleg og språkleg støtte i form av korrekturlesing. Takk til resten av familien for at de har hatt trua på meg, og støtta meg på ulikt vis! Ein siste takk til Nora 6 år som pregar framsida med sin fine teikning. Eg synes det var eit godt og passande bilete på oppgåva sitt tema.

Innholdsliste

1.0 INNLEIING	6
1.1 Utvikling av norsk musikkterapi	6
1.2 Musikkterapi med born på sjukehus	9
1.3 Bakgrunn for val av tema	11
1.4 Problemstilling	13
1.5 Avklaring av omgrep i problemstillinga	14
1.6 Oppgåva sin struktur	14
2.0 METODE	15
2.1 Bakgrunn for val av forskingsmetode	15
2.2 Hermeneutisk tilnærming	16
2.3 Det kvalitative forskingsintervjuet	18
2.4 Gjennomføring av intervju	20
2.5 Transkribering	21
2.6 Analyse	22
2.7 Ethiske refleksjonar	24
3.0 MUSIKKTERAPI – EIN PROFESJON I UTVIKLING	27
3.1 Profesjonsomgrepet	28
3.2 Musikkterapi som profesjon	29
3.3 Musikkterapi – ein hybrid identitet	31
3.3.1 <i>Tverrfagleg samarbeid</i>	33
3.4 Samfunnsmusikkterapi	33
3.4.1 <i>Samfunnsmusikkterapi versus konsensusmodellen</i>	35
3.5 Profesjon og identitet	37
3.5.1 <i>Profesjonsutvikling</i>	39
4.0 ANALYSE	42
4.1 Musikkterapeuten som utøvar av musikkterapeutisk praksis	42
4.1.1 <i>Multiple roller</i>	43
4.1.2 <i>Rolleforvirring</i>	45
4.1.3 <i>Fleksible arbeidsformer</i>	47
4.2 Musikkterapeuten i eit medisinsk system	49
4.2.1 <i>Sjukehuset som arena</i>	49
4.2.2 <i>Manglande system og struktur</i>	51
4.2.3 <i>Tverrfagleg samarbeid</i>	53
4.3 Musikkterapeuten sine opplevingar av yrkesidentitet	54
4.3.1 <i>Musikkterapeuten som fagperson</i>	54
4.3.2 <i>Formidling av profesjonen</i>	56
5.0 DRØFTING	58
5.1 Struktur versus fagleg fleksibilitet	59
5.2 Rolleforvirring versus fagleg identitet	61
5.3 Fagleg isolasjon versus tverrfagleg samarbeid	63

5.4. Implikasjonar for praksis og forskning.....	65
5.5 Kritisk blikk på eiga forskning.....	66
6.0 KONKLUSJON	68
Litteraturliste.....	69
Vedlegg 1	74
Intervjuguide.....	74
Vedlegg 2	76
Kvittering på melding om behandling av personopplysningar	76
Vedlegg 3	77
Informasjonsskriv.....	77
Vedlegg 4	78
Samtykkeerklæring	78

1.0 INNLEIING

Eg gjekk bortover sjukehuskorridoren ein travel føremiddag på Barneklubben, då eg tilfeldigvis møtte på to av sjukehusklovnane. "Kan me ta ein song i lag?" spurte ein av klovnane meg med eit stort smil om munnen. Før me visste ordet av det hadde me sunge og spelt både to og tre songar saman. Born, foreldre og personale kom fort til og det var ein annleis og positiv stemning i gangen. Born såg kvarandre, medan foreldra byrja å snakke saman. Mora til ein liten gut takka meg for musikken og kommenterte at dette var eit høgdepunkt dei kunne leve på i fleire dagar! Etterpå gjekk eg og klovnane vidare inn på dagposten og song litt for dei som sat der og venta.

Dette var ei ny og spanande oppleving for meg som praksisstudent ved Barneklubben på Haukeland universitetssjukehus. Ei uventa rolle som eg ikkje var førebudd på der og då, men som eg opplevde som ei god og positiv erfaring. I ettertid har eg undra meg over kva rolle eg eigentleg hadde i denne situasjonen. Gjorde det spontane samarbeidet med klovnane meg til ein gjøglar eller kanskje ein underhaldar, eller var eg framleis musikkterapistudenten?

Med dette dømet frå den siste praksisperioden min på musikkterapistudiet vil eg setje fokus på musikkterapi med born på sjukehus, og hovudvekta vil vere på musikkterapeuten si rolle og musikkterapistyrerrollen. Gjennom fordjuping i både teori og i intervju med nokre musikkterapistyrerrollar som har erfaring innan denne konteksten i Noreg, vil eg belyse dette temaet. I innleiinga vil eg presentere temaet og gjere greie for bakgrunnen for val av dette. Problemstillinga vil verte presentert, samt ei avklaring av sentrale omgrep i problemstillinga. Oppgåva sin struktur vil også verte kommentert.

1.1 Utvikling av norsk musikkterapi

Musikkterapien i Noreg byrja å spire i 1950-åra, men det var i 1960-åra det oppstod ei aukande interesse, særleg innanfor spesialpedagogikken. Organisasjonen Norsk Foreining for Musikkterapi vart oppretta i 1971, og den første norske akademiske utdanninga i musikkterapi vart etablert i 1978 (Trondalen, 2006; Trondalen, Rolvsjord & Stige, 2010). I dag er det to musikkterapiutdanningar på masternivå i Noreg, på Griegakademiet ved Universitetet i Bergen og ved Noregs Musikkhøgskule i Oslo.

Parallelt med den veksande utviklinga i utdanningstilbodet har musikkterapien utvikla seg til eit forskingsfelt. Det er ei aukande interesse og utvikling for både kvalitativ og kvantitativ forskning i musikkterapien. Det har vorte etablert forskingssenter innan feltet ved begge utdanningsinstitusjonane (GAMUT, Griegakademiets senter for musikkterapiforskning og Senter for Musikk og Helse, ved Noregs Musikkhøgskule) kor det vert forska på samanhengen mellom musikk og helse i både kliniske og kvardagslege samanhengar. Det er også to internasjonale musikkterapidsskrifter som vert publisert frå Noreg; *Nordic Journal of Music Therapy* og *Voices* (Trondalen, Rolvsjord & Stige, 2010).

I dei tidlegaste åra av musikkterapien var det innan spesialpedagogikken dei fleste musikkterapeutane arbeida (Ruud, 1990). Det har dei seinare åra kome til mange nye og fleire praksisfelt, til dømes musikkterapi i psykisk helsevern og musikkterapi med eldre. Musikkterapi på sjukehus og andre helsetenester er også eit praksisfelt som er i stadig utvikling. Trygve Aasgaard er ein pioner innan dette feltet i Noreg, og med doktoravhandlinga si, *Song Creations by Children with Cancer - Process and Meaning*, sette han praksisfeltet musikkterapi med born på sjukehus på dagsorden (Aasgaard, 2002). Det har skjedd ei omfattande vekst dei siste tiåra. I 2010 var det omlag 400 utdanna musikkterapeutar i Noreg, og den store søknaden til utdanningstilbodet tilseier at det vil verte 20 nyutdanna musikkterapeutar kvart år (Trondalen, Rolvsjord & Stige, 2010). Trass i at musikkterapien står sterkare enn den gjorde, grunna utviklinga innan utdanning, breidda i faget og vitskapleg tyngde, står musikkterapien framleis utan yrkesautorisasjon. Det vart i april 2010 sendt søknad til Helse- og omsorgsdepartementet om autorisasjon av musikkterapeutar, men ein ventar framleis på svar. Musikkterapiutviklinga innan helsefaglege arenaer dei seinare åra er mellom anna ein av grunnane for søknaden (Autorisasjonssøknad, 2010¹).

Musikkterapien i Noreg byggjer på eit humanistisk grunnsyn, kor betydinga av omsorga for den individuelle, relasjonen, autonomien, sjølvbestemminga, samt fokus på ressursar er nokre viktige faktorar (Ruud, 2008). Ruud er sentral i høve til den norske musikkterapien sin humanistiske ståstad, og han omtalte det teoretiske fundamentet for norsk musikkterapi i boka

¹ Norges Musikkhøgskole og Universitetet i Bergen, i samarbeid med Musikernes fellesorganisasjon og Norsk forening for musikkterapi (2010). *Autorisasjon av musikkterapeuter*. Søknad utarbeidd til Helse- og omsorgsdepartementet.

Kommunikasjon og samhandling (Ruud, 1990). Der definerte han det humanistiske perspektivet med definisjonen; ”Musikkterapi er bruk av musikk til å gi menneske nye handlemuligheter” (Ruud, 1990, s. 24). Denne definisjonen opnar for å definere musikkterapi som noko meir enn berre behandling. Samfunnsorientering er også vorte ein viktig del av den norske musikkterapien, og Brynjulf Stige og Even Ruud er retningsgivande forfattarar innan dette relativt nye feltet. Ruud (1998) omtalte den kulturelle konteksten som essensiell for å forstå det enkelte individ og/eller det enkelte miljø, ved å trekke inn sosiologiske og antropologiske forklaringar på musikkterapien si betydning i samfunnet.

Stige (2003) omtalar musikkterapi på tre ulike nivå; som *fag, yrke og praksis*². Han meiner at med ei slik tredelt forståing vert det lettare å forstå og forsvare at musikkterapi er ei historisk gitt nemning med eit innhald som kan endrast over tid. I definisjonen av musikkterapi som *praksis*, er samarbeidet mellom klient og terapeut i fokus. Som *fag* definerar Stige (2003) musikkterapi som studiet av tilhøva mellom musikk og helse. Tradisjonelt sett har helse vore knytt til ei patologisk orientering, der helse handlar om fråvær av sjukdom (Ruud, 2006). Ein motsats til eit slikt sjukdomsfokusert perspektiv er det salutogeniske perspektiv. Salutogenese er eit omgrep som kjem i frå den medisinske sosiologen Aaron Antonovsky (2000), og er læra om kva som gjev god helse. Antonovsky (2000) forska på kva som heldt oss friske i staden for å forske på kva som gjer oss sjuk. Han var opptatt av dei generelle motstandsressursane me kan mobilisere ovanfor sjukdom. Han meinte at hos menneske som opplevde ein slags kjenslemessig samanheng i livet kunne ein finne desse motstandsressursane. Når ein ser at ein meistarar livet, når livet er handterbart og meningsfylt, oppstår denne samanhengen (Antonovsky, 2000). I musikkterapilitteraturen er det fleire forfattarar som tar i bruk det salutogeniske helseomgrepet for å understøtte eit ressursorientert perspektiv. Bruscia (1998), Ruud (1998) og Aasgaard (2002) er nokre av dei. Stige (2003) til dømes meiner at i tillegg til dette må helseomgrepet ta utgangspunkt i det økologiske samspelet mellom individ og miljø. Han meiner helse er som ein prosess kor ein byggjer ressursar for individet og samfunnet, og mellom individet og samfunnet.

Musikkterapien som fag hentar impulsar frå musikkterapeutisk praksis, men interesserer seg også for fleire helserelevante musikkpraksisar enn det musikkterapeutane sjølve står for. Som

² I originalteksten frå 2002 brukar Stige dei engelske omgrepa *discipline*, *profession* og *professional practice*.

yrke handlar det om å utvikle ei terapeutrolle, men og utforske andre roller for andre praksisformer enn terapi, t.d. helsefremjande og førebyggjande arbeid, habilitering, rehabilitering og palliativ omsorg (Stige, 2008b). Ein profesjon er ikkje berre knytt til ein disiplin eller eit tverrfagleg felt, men det er og praktisk og politisk knytt til eit samfunn, gjennom uformelle reguleringar av roller og ansvar (Stige, 2002).

1.2 Musikkterapi med born på sjukehus

Å vere pasient på sjukehus er inga behageleg hending for nokon, og for born kan dette vere ekstra belastande. Born sine reaksjonar på sjukehusopphald inkluderar ofte tallause timar med usikkerheit, ukjente ansikt, biverknadar, smerte og angst, isolasjon og mest av alt fråvær frå det normale livet. Dei vert separerte frå sitt kjente miljø, familie, venar og skule, samt at deira daglege rutine vert forstyrra. Andre stressfaktorar kan vere stadige restriksjonar av aktivitet og at ein vert tvungen til å vera avhengig av andre. Alle desse faktorane forsterkar kjensler av sårbarheit, tap av sjølvkontroll og ulike fasar av tilbakegang (Brodsky, 1989). Som musikkterapeut i pediatrik kontekst arbeidar ein ofte individuelt med å hjelpe born å meistre slike utfordringar (Aasgaard, 1999). Musikk kan vere med på å engasjere borna, avleida dei frå fysisk ubehag, samt redusere smerte og angst, og generelt sett ha ein roande og støttande effekt (Longhi & Pickett, 2007).

Internasjonalt er musikkterapi med born på sjukehus eit nokså stort felt, og svært mykje av litteraturen om dette emnet omhandlar medisinsk orientert musikkterapi. Medisinsk musikkterapi har ofte som mål å redusere eller lindre smerte eller andre ubehagelege symptom. Loewy (1999) presenterar spesifikke mål og arbeidsformar innan ein medisinsk modell, samt ulike måtar å arbeide med smerte på. Musikk brukt i medisinsk behandling omtalar Bruscia (1998) som bruken av musikk til å påverke pasienten sine fysiske, mentale eller kjenslemessige tilstandar før, under og etter den medisinske behandlinga.

Musikkterapien kan vere ei viktig motvekt til det medisinske fokuset på diagnostisering og behandling som ofte er det primære målet i ei pediatrik sjukehusavdeling. Faren med det medisinske fokuset kan vere at ein ser pasienten som ein diagnose og ikkje ein person. Motvekta til dette omtalar Aasgaard (2004) som menneskegjering av sjukehussamfunnet. Det betyr å fokusere meir på helse enn sjukdom, eit meir salutogenetisk enn patogenetisk perspektiv. Dette gjer ein ved å arbeide med musikkrelatert verktøy, kor pasient - terapeut - dyaden er eit av mange viktige forhold, og det terapeutiske målet er utvida gjennom å fremje økologisk tenking på heile sjukehussamfunnet (Aasgaard, 2004).

I følge Musikkterapeutar i Pediatri (MiPe³) er det i dag tilsett seks musikkterapeutar ved barneavdelingar ved ulike universitetssjukehus i Noreg med ulike stillingsprosentar. Sjukehus og barneavdelinga, som er konteksten for prosjektet mitt, er ein del av eit stort medisinsk system. Sjukehuset er eit hierarkisk system, og ein kontekst og struktur kor dei aller fleste som arbeidar der er helsefagarbeidarar med autorisasjon. Musikkterapeuten kjem dermed inn i eit system der han/ho kanskje ikkje automatisk passar inn. Ein er gjerne også den første musikkterapeuten det medisinske personalet nokon gong har møtt.

Mykje av det musikkterapeutiske arbeidet med born på sjukehus i Noreg, byggjer på ei økologisk tenking og miljøretta tilnærming og Trygve Aasgaard (2002; 2004; 2006a; 2006b) er dominerande i litteraturen innan denne type tenking. Ein økologisk tankegang er opptatt av å fremje helse og livskvalitet i ulike lag av eit miljø eller samfunn. Det gjer ein ved å styrke meistringsevne, normalitet, og håp hos borna. Ein skal og støtte og inspirere den enkelte til å ta utfordringar på best mogleg måte, og hjelpe vedkommande til å ha det godt. Å arbeide med eit sjukt barn inneber også å arbeide med konteksten, ikkje berre den individuelle pasienten, men også det psykososiale miljøet rundt kvar enkelt pasient. Det vil seie at borna, pårørande, personalet og miljøet heime har sin innverknad og kan delta aktivt. Musikkterapeuten legg til rette for erfaringar gjennom individuelle timar, grupper, heile miljøet på avdelinga, og i kontakt med heimemiljøet til barnet og familien (Aasgaard, 1999).

Bruscia (1998) skildrar dette som *ecological practices*, medan Aasgaard (1999) har valt å kalle det *musikk - miljøterapi* (Music Environmental Therapy), og Stige (2003) har seinare knytt det opp til omgrepet *samfunnsmusikkterapi* (Community Music Therapy). Stige (2003) legg vekt på at måla i samfunnsmusikkterapien er knytt til samspelet mellom individ og samfunn, prosessen er deltakarstyrt, arenaene er opne og inkluderande, og musikkbruken er kontekstrelatert og økologisk. I samfunnsmusikkterapi står deltaking sentralt. Oppleving av å delta og kjenne samkjensle i staden for å verte isolert og stua vekk er her i fokus (Stige, 2010).

Eide (2008) tar i si masteroppgåve utgangspunkt i problemstillinga, *Kva ressursar tar born i bruk gjennom musikkterapi på sjukehus?*. Ho har intervjuet seks musikkterapeutar som jobbar

³ MiPe er eit fagforum og nettverksgruppe for musikkterapeutar som er tilknytt barneavdelingar på sjukehus i Noreg.

eller har jobba med born på sjukehus. Oppgåva hennar er knytt opp til eit ressursorientert perspektiv, kor leik, musikalsk samspel og sosial samhandling er døme på nokre av dei ressursane som musikkterapeutane meiner borna tar i bruk. Eide (2008) oppsummerar med at desse ressursane mellom anna kan føre til at borna opplever eit pusterom, å verte rørt kroppslig og emosjonelt, ei kjensle av ivaretaking av seg sjølv, sin identitet og samanhengen i tilværet. Desse betydingsfulle opplevingane til borna påverkar også familien, miljøet og til og med samfunnet. Eide (2008) argumenterar for ein heilskapleg ivaretaking av borna, kor heile sjukehusmiljøet samarbeidar om ein økologisk orientert arbeidsmåte. Den musikalske samhandlinga som går føre seg på barneavdelinga er i følge Eide (2008) sine funn i stor grad leik. Dette kan førast vidare til Ayson (2008) sine erfaringar om at sjukehuset er for dei færraste ein kjekk plass å vere, men at musikkterapien er noko som kan endre dette, og framkalle positive opplevingar, samt skape positive endringar på humøret. Borna får oppleve moro og fornøyelse, i ein elles grå og vanskeleg kvardag.

1.3 Bakgrunn for val av tema

I artikkelen, *Musikkterapeut på en sykehusavdeling for barn: Helsefremmende arbeid for både pasient og miljø*, skildrar forfattarane Ærø & Aasgaard (2011) musikkterapeutane sine arbeidsoppgåver på sjukehuset her til lands. Denne artikkelen la grunnlaget for mi problemstilling og eg vil difor gå nærare inn på denne. Noko av arbeidet dei skildrar er knytt til å redusere uønska symptom som smerte og angst for den enkelte pasient, men store delar av musikkterapeuten sitt arbeid handlar om å fremje meistring og gode opplevingar, samt bidra til å skape eit terapeutisk miljø. På fleire norske barneavdelingar arbeidar musikkterapeutane utanfor sjuke- eller terapirommet med enkeltpasientar. Dei engasjerar seg i aktivitetar med mange element av ”underhaldning” omkring på sjukehuset sine ulike fellesområde. Ærø & Aasgaard (2011) legg vekt på at for pasientar, pårørande og kollegaer kan dette bidra til uklare oppfatningar om kva rolle musikkterapeuten ”eigentleg” har i fagmiljøet. Erfaringar seier oss at slike vekslende roller pregar vår eigen profesjonelle identitet på både godt og vondt (Ærø & Aasgaard, 2011).

Gjennom egne erfaringar fortel Ærø & Aasgaard (2011) om fellesaktivitetar som *Musikkstund* eller *Musikk i vaktskifte* som pregar sjukehusmiljøet. Der deltar både pasientar, pårørande, studentar og personalet på ulikt vis. Musikkterapeuten arbeidar gjerne med fleire aktørar i miljøet samstundes. Dei må då klare å ha fleire tankar i hovudet på same tid, som t.d. å fremje den enkelte deltakar sine ressursar og å fremje glede, samhold og tryggleik i miljøet.

Nokre gongar må dei også forhalde seg til eit publikum. For andre fagpersonar kan deira syn på musikkterapeuten sitt arbeid endrast når musikkterapeuten gjerne tar ei leiken rolle i sjukehuset sitt opne rom. Tilsette som ikkje har noko bakgrunnsinformasjon og som berre ser det arbeidet musikkterapeuten gjer i dei opne fellesromma, kan fort vurdere musikkterapeuten som utelukkande ein underhaldar (Ærø & Aasgaard, 2011).

Musikkterapeutar som arbeidar innan denne konteksten har ein fridom til å utforme si profesjonelle rolle og prioritere korleis musikkterapiressursen skal nyttast, men må likevel forhalde seg til faste rammevilkår. Musikkterapeutar kan altså velje å ”bæra mange hattar” på meir eller mindre same tid. Dei må då raskt veksle mellom spesifikke og avgrensa terapeutiske oppgåver og ulike formar for miljøretta arbeid, der *gjøglaren* eller *musikaren* er meir synleg enn *terapeuten*. Ein slik fleksibilitet førar med seg både fordelar og ulemper. At ein kan arbeide både individuelt og få høve til å førebu og støtte den enkelte pasient til å stå fram på dei opne, sosiale arenaene på sjukehuset kan vere ein fordel. På den andre sida kan det verte vanskeleg å konsentrere seg om å arbeide i djupet i høve til kvar enkelt pasient når ein ofte må fordele arbeidsinnsatsen stykkevis og delt, og her og der (Ærø & Aasgaard, 2011).

Ærø & Aasgaard (2011) legg vekt på at det er viktig å synleggjere musikkterapien som forskingsbasert disiplin i skjeringspunktet mellom humaniora og naturvitskap for at musikkterapien skal stå fram med ein annan agenda enn entertaineren eller den konserterande musikaren. Det bør i seg sjølv ikkje vere problematisk at musikkterapeuten er mykje ute i miljøet og skapar nye høve i det musikkterapeutiske arbeidet. Objektiv evaluering av dei ulike arbeidsoppgåvene har vorte stadig viktigare, og norsk musikkterapeutisk praksis ved barneavdelingar lir av eit stort forskingsunderskot. Det er altså dokumentert i Ærø & Aasgaard (2011) sin artikkel at deira erfaringar viser at musikkterapeutar i arbeid med born på sjukehus tar i bruk ulike roller. Den musikkterapeutiske verksemda vert stadig erfart og forstått ut i frå ulike vinklar. Som musikkterapeut kan arbeidet ein gjer til tider vere terapi, sosialt arbeid, underhaldning og kunst – alt på ein gong. Eg ynskjer difor å utforske dette vidare. Er dette generelt for musikkterapeutane i Noreg sitt arbeid med born på sjukehus? Kan det å arbeide miljøorientert føre til at ein tar i bruk ulike roller, og i kva grad påverkar det deira yrkesidentitet?

Mi interesse for born og trua på at musikken kan gjere noko for å skape ei betre oppleving, samt bidra til eit betre opphald på sjukehuset for desse borna, er også noko av det som

motiverar meg til å skrive om dette temaet. I Noreg er musikkterapiarbeidet på barneavdelingar nokså lite utbreidd, og det er ikkje veldig mange musikkterapeutar som arbeidar i ein slik samanheng. Gjennom ein praksisperiode eg hadde i New York, fekk eg høve til å besøke fleire sjukehusinstitusjonar og dermed observere og erfare at musikkterapien innan denne konteksten har langt sterkare tradisjonar der enn her til lands. Nysgjerrigheita mi og opplevinga av kor viktig musikkterapien er, motiverar meg til å finne ut meir om utviklinga og musikkterapeuten sin rolle i Noreg. Eg vonar at nokon vil ha interesse av å høyre om musikkterapeutane sine opplevingar knytt til deira profesjonalitet, særleg kanskje andre faggrupper, spesielt i det norske helsevesenet. Samstundes har eg eit ynskje om å formidle kor viktig det er å tilsetje musikkterapeutar på norske sjukehus. Musikkterapi med born på sjukehus er eit aktuelt tema kor det er eit stort behov for meir kunnskap og litteratur om emnet. Eg vil difor belyse dette temaet, og gjennom prosjektet mitt ynskjer eg å rette fokus mot musikkterapeutane sine erfaringar knytt til sin profesjonalitet i ein sjukehuskontekst.

1.4 Problemstilling

Under utarbeiding av fokus og problemstilling var det fleire fokus som var interessante, men etter rettleiing og mykje tankeverksemd kom eg fram til at eg ynskjer å utforske korleis desse ulike rollene musikkterapeuten kan gå inn i påverkar musikkterapeuten sin profesjonalitet. Med desse ulike rollene meiner eg dei mange rollene som t.d. underhaldar, gjøglar, musikar og terapeut, som Ærø og Aasgaard (2011) omtalar i sin artikkel. Ut ifrå tema og hovudfokuset som er utgangspunktet for masteroppgåva har eg kome fram til følgjande problemstilling:

Korleis opplever musikkterapeutar som arbeidar med born på sjukehus i Noreg sin profesjonalitet i høve til dei ulike rollene dei kan ha i denne konteksten?

Dette er ein nokså vid problemstilling, og eg har difor valt å ta med to forskingsspørsmål som vil hjelpe å svare på problemstillinga.

- *Korleis tar musikkterapeuten i bruk kompetansen sin i dei ulike rollene?*
- *Skapar dei ulike rollene positive ringverknadar, eller vert dei opplevd problematiske?*

1.5 Avklaring av omgrep i problemstillinga

Profesjonalitet – Ein skil ofte mellom omgrepa profesjon, profesjonalisering og profesjonalitet. Profesjon omhandlar yrkesstatus, privilegium, løn og arbeidsvilkår, samt sosial prestisje. Den historiske og sosiale prosessen yrket går igjennom for å verte etablert som ein profesjon er profesjonalisering. Medan profesjonalitet visar seg i praksis. Profesjonalitet uttrykkjer deltakarane av profesjonen sin dyktigheit til å realisere god kvalitet i praksis (Dale, 1997).

Roller – refererar til opplevd eller forventa åtferdsmønster, oppgåve eller posisjon (Burke & Reitzes, ref. i Ærø & Aasgaard, 2011).

1.6 Oppgåva sin struktur

Innleiinga er ein introduksjon til sjølve oppgåva som presenterar tema, problemstilling og litteratur. I det neste kapitelet vil eg presentere val av metode og vitskapsteoretisk tilnærming, samt forskingsmetode og forskingsprosessen vil verte presentert. Deretter følgjer eit teorikapittel, kor relevante teoriar om profesjonsomgrepet og profesjonsutvikling er i fokus. Vidare vil eg introdusere min analyse, kor eg presenterar informantane sine erfaringar og opplevingar. Deretter vil det kome ein drøftingsdel kor datamaterialet vil verte drøfta opp mot teori, og tilslutt i oppgåva vil det kome ein avsluttande konklusjon.

2.0 METODE

I denne delen av oppgåva vil eg sjå nærare på den kvalitative metoden som ligg til grunn for forskingsprosjektet mitt. Eg har valt å undersøkje *korleis musikkterapeutar som arbeidar med born på sjukehus i Noreg opplever sin profesjonaliteten i høve til dei ulike rollene dei kan ha i denne konteksten*. Det har difor vore naturleg å foreta intervju med nokre erfarne musikkterapeutar. Datainnsamlingsmetoden eg har valt for å undersøkje problemstillinga er difor kvalitativt forskingsintervju med tre musikkterapeutar som jobbar eller har jobba ved ei barneavdeling på sjukehus i Noreg. Karakteristiske trekk ved kvalitativt forskingsintervju vil verte presentert i dette kapitlet, og eg vil forsøke å vise kor prosjektet mitt står i høve til ei vitenskapsteoretisk tilnærming. I tillegg til dette vil eg skildre utvalet og gjennomføringa av intervju, samt presentere analysemetoden min og etiske refleksjonar.

2.1 Bakgrunn for val av forskingsmetode

I problemstillinga mi er det den enkelte informant sine opplevingar og erfaringar som er i fokus. Det er ingen faste svar eller klar sanning på det eg ynskjer å undersøkje, men dei ulike erfaringane som kjem fram kan vere med på å gje eit bilete av musikkterapeutens sin profesjonalitet innan denne konteksten. Dette er nok det viktigaste aspektet som gjer at eg har valt å nytte ein kvalitativ metode i forskingsprosjektet mitt. Kvalitativ forskning er opptatt av å stille opne forskings spørsmål, der ein ynskjer å skildre, tolke eller kritisere fenomenet (Wheeler & Kenny, 2005).

Forskarar som nyttar kvalitativ metode studerer fenomenet i si naturlege setting. Dei prøver å forstå eller tolke fenomenet ut i frå den meininga folk gjev dei (Denzin & Lincoln, ref. i Ryen 2002). Blant kvalitative forskarar fins det inga standardtilnærming, men eit mangfald av metodar som observasjon, analyse av tekst eller dokument, bruk av visuelle media, eller intervju, som er aktuelt i prosjektet mitt. Det er bruk av intervju som er mest utbreidd, både nasjonalt og internasjonalt (Ryen, 2002).

Trass i at kvalitativ forskning rommar svært ulike retningar, finn ein likevel nokre klare kjenneteikn. Kvalitative data vert som regel presenterte i form av bilete og ord. Difor var det naturleg for meg å velje intervju som datainnsamlingsmetode, då det er deltakarane sine opplevingar eg er interessert i. I kvalitativ metode er naturlege data som observasjon og ustrukturerte intervju mest vanleg. Ein er også gjerne opptatt av meining framfor handling, men frå informantane sitt perspektiv. Kvalitative forskarar føretrekk ofte induktiv

hypotesegenererende forskning framfor hypotesetestende forskning. Det vil seie at dei kvalitative forskarane vil produsere hypotesar i staden for å teste dei (Ryen, 2002).

Eit viktig aspekt ved kvalitativ metode er at studien utviklar seg gradvis gjennom prosessen av nye oppdagingar, og er dermed ikkje bestemt på førehand (Wheeler & Kenny, 2005). I forskingsprosjektet mitt, kunne spørsmålsformuleringar og forskingsspørsmål endre seg undervegs grunna erfaringar eg gjorde meg frå dei første intervjuar og gjennomførte.

I følge Bruscia (2005b) har kvalitative forskingsspørsmål to primære komponentar; fokus og formål. Fokuset set lys på det tema som forskaren ynskjer å studere, og det kan vere fokus som ulike hendingar, handlingar, interaksjonar, opplevingar, skrive eller talt språk, kunstarbeid og personar. Med formålet legg Bruscia (2005b) vekt på kva forskaren ynskjer å finne ut ved å studere det utvalte fenomenet. Fokus, formål og forskingsspørsmål påverkar kvarandre gjensidig under heile forskingsprosessen, og kvalitativ forskning kan difor sjåast på som ein sirkulær prosess.

Bruscia (2005b) kategoriserer musikkterapiforskinga i tre store emneområde. Desse er *Disiplinforsking*, som undersøker dei ulike sidene ved musikkterapipraksis. *Grunnforsking*, som inkluderar studium som relaterer delvis, men ikkje heilt til disiplinen eller profesjonen musikkterapi, medan *Profesjonsforsking* ser på kva musikkterapeutane gjer for å etablere og promotere musikkterapifaget. Aspekt som tar for seg psykologiske, sosioøkonomiske, politiske, juridiske og utdanningsmessige spørsmål ved musikkterapi som ein organisert profesjon, kan ein finne i profesjonsforsking (Bruscia, 2005b). Sidan eg har valt å sjå på musikkterapeutar og dei ulike rollene dei tar innan ein bestemt kontekst, kan forskingsprosjektet mitt plasserast innan profesjonsforsking.

2.2 Hermeneutisk tilnærming

Ein musikkterapeut står ofte fram både som ein helsearbeidar og ein musikal, og er dermed å finne innanfor eit fleirdimensjonalt felt i vitenskapsteoretisk tenking. Musikkterapi som fag og disiplin kan framstå som både naturvitskapeleg og samfunnsvitskapeleg (Ruud, 2005). Ruud (1990) argumenterar også for musikkterapien som ein del av humaniora, kor musikkvitenskapen ofte vert plassert. Innafor musikkterapien, og kanskje spesielt innan den norske tradisjonen, har ei hermeneutisk tilnærming til kvalitativ forskning vore vanleg (Ruud, 2005). Når eg vel ei slik tilnærming, har dette både med mi eiga utdanning innanfor ein kontekst der

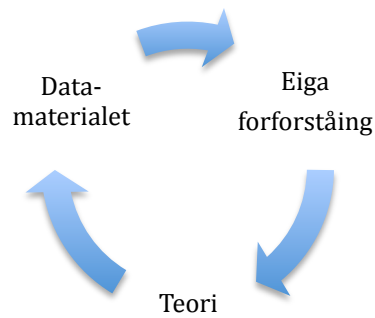
hermeneutiske perspektiv har vorte framheva å gjere, samstundes som ein slik epistemologi som framhevar betydinga av forskaren si eiga forforståing fell godt saman med mitt eige prosjekt.

Hermeneutikken er kunsten og vitskapen om fortolking. Ei hermeneutisk tilnærming handlar om å prøve å forstå enkeltdelar i lys av heilskapen og omvendt. Denne prosessen vert kalla ”den hermeneutiske sirkel”. Å forstå konteksten som datamaterialet stammar frå, er vesentleg for å forstå heilskapen (Alvesson & Sköldberg, 2008).

At meininga i ein del berre kan verte forstått dersom den er ein del av heilskapen, har vore eit hovudtema i hermeneutikken heilt i frå byrjinga (Alvesson & Sköldberg, 2008). I prosjektet mitt vil eg prøve å forstå korleis musikkterapeutane ser på rolla si i høve til profesjonaliteten sin. Eg vil prøve å forstå tankane og opplevingane deira ved mellom anna å tolke og samanlikne utsegnene deira i intervjua. Eg vil studere svara deira og setje det i samanheng med heilskapen og sjå kva som var likt og ulikt for informantane. Dette går rett inn i den hermeneutiske sirkelen som handlar om å studere delar av heilskapen, for så å knytte det opp mot heilskapen igjen. For den opphavlege heilskapen vil dette kunne gje meining (Ruud, 2005).

Kvale og Brinkmann (2009) skriv at hermeneutikk er læra om fortolking av tekstar. Samtale og tekst er sentrale omgrep som har spelt ei viktig rolle i den hermeneutiske tradisjonen innanfor humaniora gjennom dei siste hundreåra, og det vert og lagt vekt på forskaren si førehandskunnskap om teksten sitt tema. Å oppnå gyldig og allmenn forståing av kva ein tekst betyr er formålet med hermeneutisk fortolking (Kvale & Brinkmann, 2009). I mitt tilfelle har praksiserfaringa mi som musikkterapistudent på barneklinnikk prega førehandskunnskapen min om tema. Samstundes som ein har ei stadig tilbakevending mellom tekst og analyse, brukar ein si eiga forståing. Dermed vert heile prosessen prega av at ein rører seg mellom datamaterialet, eiga forforståing og teori (figur 1).

Figur 1



Kvalitativ forskning er ein personleg prosess. Det er viktig å reflektere på førehand i kva grad egne erfaringar, bakgrunn, syn og verdier er med å pregar studien, og det er ikkje noko klart skilje mellom forskaren og funna i kvalitativ forskning (Bruscia, 2005a). Eigne erfaringar frå ein praksisperiode innan dette feltet kan på den eine sida bidra til at eg på førehand har gjort meg opp nokre tankar og forventingar om kva eg trur informantane vil svara. På den andre sida kan eg ha meir forståing for informantane sine svar enn ein person utan desse erfaringane. For at forskingsresultata likevel skal kome tydeleg fram, er det viktig å vere bevisst på kva desse tankane og erfaringane kan føre til.

Undervegs i forskingsprosessen har eg vektlagt refleksivitet og bevisstheit omkring posisjonen min. Dei refleksjonane ein har gjort seg på førehand kan ein velje å setje til side eller halde utanfor, for å minimere risikoen for å påverke studien, og dermed behalde ein viss grad av objektivitet. Dersom ein vel å gjenkjenne og integrere materialet frå si eiga forståing inn i studien, vert det ein måte å bruke sin eigen subjektivitet på. Innan hermeneutikken er dette ei vanleg tilnærming, og eg har difor valt å posisjonere meg subjektivt i forskingsprosjektet mitt (Bruscia, 2005a).

2.3 Det kvalitative forskingsintervjuet

Kvalitativt forskingsintervju er ein aktiv produksjonsstad for kunnskap, kor intervjuaren og informanten saman produserar kunnskap. Det kvalitative forskingsintervjuet baserar seg fyrst og fremst på den kvardagslege samtalen, men det er også ein fagleg og profesjonell samtale. I tillegg skal ein hente inn skildringane til den som vert intervjuet for så å tolke temaet ein undersøker. Kvale og Brinkmann (2009) omtalar ti kvalifikasjonskriterium for intervjuaren. Intervjuaren skal vere kunnskapsrik, strukturerande, klår i spørsmålsformuleringane, venleg,

kjenslevar, open, styrande, kritisk, hugsa det som vert tatt opp i løpet av intervjuet og tolkande (Kvale & Brinkmann, 2009).

Eg valte å ta i bruk ein form av kvalitativt forskingsintervju som vert kalla semistrukturert intervju. Det er ikkje mange musikkterapeutar som arbeidar med born på sjukehus i Noreg, og det var dermed nokså få informantar å velje mellom. Utvalet mitt bestod difor av tre musikkterapeutar som jobbar eller har jobba på barneavdelingar på sjukehus. Eit kriterium for val av informantar var at dei alle måtte ha nokre års erfaring innan feltet.

Informantane bur i ulike delar av landet, og det har difor vore mest realistisk og praktisk å intervju musikkterapeutane individuelt. Ved oppstart av prosjektet vurderte eg moglegheita for ei tverrfagleg fokusgruppe, men det viste seg at å få oppretta ei slik gruppe under min eigenpraksis innan denne konteksten var nokså utfordrande. Grunnen til dette var at musikkterapien der er nokså nyetablert for augneblinken. Eg vurderte også å intervju born og foreldre, men eg gjekk vekk i frå dette grunna mellom anna etiske utfordringar. Dette ligg difor til grunn for mitt val av informantar. Musikkterapeutane sine tankar, refleksjonar, kjensler og opplevingar om si rolle innan sjukehuset, var difor i fokus under intervjuet. Når tema frå dagleglivet skal forståast ut ifrå intervjupersonens eigne perspektiv, vert eit semistrukturert intervju nytta. Denne forma for intervju søker å innhente skildringar av intervjupersonen sin livsverden, og særleg fortolkingar av meininga med fenomen som vert skildra. Den har som eit profesjonell intervju eit formål, men ligg likevel nært opp til ein samtale i dagleglivet. Ein teknikk og ei særeiga tilnærming er nødvendig. Eit semistrukturert intervju er verken ein open samtale eller ein lukka spørjeskjemasamtale. Ein intervjuguide som sirklar inn på bestemte tema, og som kan innehalde forslag til spørsmål, er det som hjelper intervjuaren å utføre intervjuet. Etterpå vert intervjuet som regel transkribert, og den skrivne teksten og lydopptaket utgjer til saman materialet for den etterfølgjande meiningsanalysen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Kvale & Brinkmann (2009) omtalar to metaforar, *gruvearbeidar* og *reisande*, for å skildre intervjuaren. Desse metaforane illustrerar dei ulike epistemologiske oppfatningane av intervjuprosessen som enten *kunnskapsinnhenting* eller *kunnskapskonstruksjon*.

Gruvearbeidarmetaforen ser på kunnskap som skjult metall kor intervjuaren er ein gruvearbeidar som ynskjar å hente det verdifulle metallet opp i dagen. Intervjuaren hentar fram kunnskap frå intervjupersonen som er upåverka av intervjuaren. Reisemetaforen ser på

intervjuaren som ein reisande som stadig søker ny kunnskap på reisa si, og er open for at det kan skje endringar undervegs. Reisa kan føre til ny kunnskap, men også bidra til refleksjon og ettertanke som igjen kan føre til ny sjølvinnsikt for intervjuaren. Desse to metaforane representerar to ulike idealtypar av intervjukunnskap som enten gitt eller konstruert for intervjuaren. Å sjå på intervjuet som ein datainnsamlingsstad, som er avgrensa frå seinare dataanalyse, vil ofte vere gruvearbeidaren si tilnærming. Når intervjuaren vert oppfatta som ein reisande, vert intervju og analyse sett på som samanfletta fasar i ein konstruksjon av kunnskap, med vekt på den forteljinga publikum vil få høyre. I prosjektet mitt vil eg plassere meg innan ei tilnærming som reisande. Dette er fordi eg vil verte påverka av kvart møte og intervju med informantane, og det vil gje meg nye erfaringar og tankar rundt problemstillinga mi og forskingsspørsmåla mine. Gjennom interaksjon mellom intervjuaren og intervjupersonen vert kunnskap produsert sosialt i eit kvalitativt forskingsintervju. Informanten opnar opp for innblikk i tankane og refleksjonane sine, medan dette kan føre til nye tankar og refleksjonar i den samtalen som vert utvikla der og då. For å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål når intervjupersonen svarar, er det viktig at den som intervjuar har kunnskap om intervjutemaet. Kvaliteten på intervjuaren sine dugleikar og kunnskap om temaet, påverkar kvaliteten på det produserte datamaterialet i eit kvalitativt intervju (Kvale & Brinkmann, 2009).

2.4 Gjennomføring av intervju

I samarbeid med rettleiaren min utarbeida eg ein intervjuguide⁴ med nokre hovudområde og underspørsmål. Dette skulle vere utgangspunkt for samtalen. Spørsmåla vart utforma ut i frå det teoretiske perspektivet mitt på det tidspunktet i prosessen. Sidan eg skulle utføre eit kvalitativt semistrukturert intervju for første gong, valte eg å gjennomføre eit prøveintervju. Ein musikkterapeut i ei nyetablert stilling var informanten i prøveintervjuet. Dette opplevde eg som svært nyttig, for det var mange gode erfaringar som dukka opp for vegen vidare, samt ei kjensle av å føle seg litt tryggare.

Eg gjennomførte eit intervju med kvar enkelt av dei tre informantane. Intervjua vart tatt opp på bandopptakar, og deretter transkribert. To av intervjua gjekk føre seg på arbeidsplassen til informantane, fordi dette var eit kjent miljø og svært passande for intervjuet sitt tema. Av

⁴ Sjå vedlegg 1.

praktiske årsaker kunne det tredje intervjuet ikkje gjennomførast på intervjuobjektet sin arbeidsplass, og det vart difor gjennomført i rolege omgjevnadar på ein annan offentleg stad.

Ryen (2002) påpeikar at kvardagslege spørsmål og tema kan vere med på å ufarleggjere intervjusituasjonen. Difor valte eg å starte intervjuet med å snakka om daglegdagse tema med informantane, før eg gjekk over til den innleiande delen med spørsmål om til dømes kor lenge dei hadde arbeida på sjukehuset. Deretter gjekk eg vidare med spørsmåla som hadde ein tematisk dimensjon og var relatert til problemstillinga mi, samt at dei førte meg til ulike hovudtema, som *skildring av praksis, terapiomgrepet, ulike roller og ringverknadar og musikkterapeuten i ein medisinsk kontekst*.

Det var viktig for meg å ha nokre førebudde spørsmål, men samstundes ha høve til å plukke opp det informanten sa fortløpande, og kome med oppfølgingsspørsmål. Dette var utfordrande å få til, men når det fungerte, førte det til at intervjuet fekk ein naturleg flyt, og samstundes nokså strukturert med ein intervjuguide eg skulle følge til ei viss grad. Under intervju brukte eg teknikkar som er henta frå kvardagslege samtalar ved å smile og nikke til informanten når han eller ho sa noko eg ville høyre meir om. For å sikre meg om at informantane fekk sagt det dei ynskte å seie om tema før eg gjekk vidare til eit nytt tema, vart stillheita svært viktig. Nokre gongar i intervjuet hadde informantane behov for å bruke litt meir tid på å svare. Kvant intervju varte rundt 60-90 min, noko som samsvarar med anbefalingar frå kvalitative forskarar (Ryen, 2002).

2.5 Transkribering

”Å transkribere betyr å transformere, skifte frå ei form til ein anna” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 187). Etter eg hadde gjennomført intervjua transkriberte eg dei nokså umiddelbart. Eg omsette dei dermed frå talespråk til skriftspråk. Å transkribere intervjua frå munnleg til skriftleg form, strukturerer intervjusamtalane slik at dei er betre eigna for analyse. Å strukturere materialet i tekstform gjorde det lettare å få oversikt, og analyseprosessen var då allereie i gong (Kvale & Brinkmann, 2009).

Alle intervjua vart tatt opp på bandopptakar. Dei kunne då overførast direkte til datamaskina mi for avspeling og vidare transkribering og analysing. Eg måtte ta stilling til nokre transkriberingsprosedyrar. Dette handla særleg om ordrett talespråkstil versus skriftspråkstil. Ein må ta nokre standardval, sjølv om det ikkje finst nokre universelle former eller kodar for

transkripsjon av forskingsintervju. Dette var val som om til dømes det som vart sagt skulle transkriberast ordrett, ord for ord med gjentakning og med registrering av alle ”eh` ar” , ”mhm´ar” og liknande, eller om intervjuet skulle omformast til ein meir formell, skriftleg stil (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intervjua vart transkriberte på nynorsk, uavhengig av kva dialekt intervjuobjektet hadde, og eg valte å transkribere intervjua ordrett, i den grad det då var mogleg. I transkripsjonane har eg inkludert pausar, latter og tenkeord som ”eh”. For å unngå eit munnleg språk, er nokre av sitata i analysekapittelet redigerte til ein viss grad. Til trass for dette kjem meininga i intervjuet likevel fram i sitata, for det er framleis informantane sine eigne ord som står i teksten.

2.6 Analyse

Å analysere betyr å dele opp noko i bitar eller element (Kvale & Brinkmann, 2009).

Ein analyse av kvalitative data handlar om å redusere datamengda. Ein stad mellom den opphavlege forteljinga som vert fortalt til forskaren og den endelige historia som vedkommande presenterar for eit publikum, ligg intervjuanalysen (Ryen, 2002).

Analyseprosessen gav meg struktur, orden og meining over datamaterialet mitt. Eg reduserte og systematiserte datamaterialet ved å finne fram til ulike kategoriar som samla mine data på nye måtar, og fann fram til relevante tema ut i frå det eg såg på som det viktigaste i problemstillinga mi og oppgåva sitt fokus. Det gav meg eit høve til å forstå innhaldet på eit meir fortolka og teoretisk nivå. Å ta eit skritt tilbake for å betrakte, reflektere og analysere for så å trekke konklusjonar, er ein vanleg aktivitet i ein kvalitativ analyseprosess (Ryen, 2002).

Dette kan ein også knytte til den hermeneutiske sirkelen, kor ein forstår delar ut i frå heilskapen og heilskapen ut ifrå delane (Alvesson & Sköldbberg, 2008).

Då eg var ferdig å transkribere intervjua sendte eg dei til informantane etter ynskje frå nokre av dei. Informantane ynskte å få sjå kva dei faktisk hadde sagt i intervjuet og få eit høve til å kommentere, tilføye eller eventuelt ta vekk noko. På dette tidspunktet hadde eg også ein rettleiingstime kor me saman diskuterte kva som kunne vere aktuelle og passande analysemetodar for meg. Etter å ha lest diverse litteratur om analysemetodar, vart eg i grunn meir og meir usikker på kva eg skulle velje. Analysemetoden eg tilsutt enda opp med, kan vel først og fremst skildrast som ein tematisk analyse kor eg har funne fram til kategoriar

gjennom ein kodingsprosess. Prosessen var informert av hermeneutiske tenking, kor eg gav rom for fortolking, og aksepterte at eg sjølv fortolka.

Analyseprosessen min er dermed inspirert av Ryen (2002) si skildring av ”iterativ eller gjentakande analyse”, som er ein analysemetode som består av ei serie sløyfer. Ryen (2002) refererer til Miles og Huberman som hevdar at deira iterative prosedyre blandar induktiv og deduktiv analyse. Etter ein har identifisert eit tema induktivt, går ein vidare ved å bekrefte funna (deduktivt), og det førar til ei ny induktiv sløyfe. Miles og Huberman, referert i Ryen (2002), meiner analysearbeidet består av tre prosessar. Desse er datareduksjon som er at datamaterialet vert redusert allereie frå eit vel omgrepsmessig utgangspunkt og ei metodisk tilnærming, samt under sjølve intervjuet og kategoriseringa. Den andre prosessen er datavisning kor ein søker mening gjennom å fokusere på enkeltdelar av datamaterialet. Den siste av dei tre prosessane er utledning og verifisering. Her trekkjer forskaren ut meininga av resultatata frå førre prosess, samt ser etter mønster som går igjen i datamaterialet (Ryen, 2002).

Då eg var ferdig med å transkribere intervjuet, leste eg nøye gjennom kvart intervju. Vidare starta eg med å lage ein tabell for kvart av dei transkriberte intervjuet. I første kolonne limte eg inn intervjuet, og medan eg leste gjennom dei transkriberte intervjuet grundig, skreiv eg opp kodar som sa noko om hovudinnhaldet i andre kolonne. Kommenterarar, fortolkingar og sitat som dukka opp under lesinga, kom i tredje kolonne (figur 2). Dette gjorde eg med alle dei tre intervjuet, og eg oppdaga fort at fleire av kodane omhandla same tema. Vidare i prosessen skulle dei ulike kodane difor verte til meiningsberande kategoriar. Eg laga då ein ny tabell med tre kolonnar, ein for alle kodane frå kvart intervju. Ved hjelp av fargekodar sette eg dei kodane som omhandla det same temaet saman til felleskategoriar. Dette førte til tre hovudkategoriar, samt to eller tre underkategoriar på kvar av desse. Rettleiaren min var også involvert i denne delen av prosessen. Sidan analysing av intervju var ei heilt ny erfaring for meg, var det fint å få hjelp til å sjå samanheng i kodane. Rettleiaren min fekk difor tilgang til dei transkriberte intervjuet. Då eg undervegs i skriveprosessen kom i kontakt med mine refleksjonar over kva informantane eigentleg sa og bearbeida desse, førte det til at kategoriane endra seg litt og den nøyaktige fastsetjinga av kategoriane skjedde først då.

Figur 2

Intervju	Kodar	Kommentar	Kategori
B: (...) Eg ynskjer meg meir styring, samt meir system og struktur. Også har eg skaffa meg ein jobb kor eg må vere min eigen herre, og det har eg lurt på kvifor i all verden? Du som verkeleg treng backup, også skaffar du deg ein jobb kor du ikkje får det i det heile... for eg føler at eg treng mykje meir støtte og eit team rundt meg. Eg trur eg kunne fungert betre i jobben viss eg hadde vert i større grad ein del av eit team. Kor arbeidsoppgåvene var definert og det var mindre opp til meg sjølv. Samstundes så er eg i det, og det er nok litt av den fridomstrongen min og den personlegdomen som gjer at kvar gong eg kjem inn i boksen så skal eg ut av den, men når eg er ute så vil eg inn igjen.	System og struktur Musikkterapeuten sin eigen herre Struktur versus fridom	Eit ynskje om meir system og struktur	Manglande system og struktur

Eg valte å gjennomføre ein medlemsvalidering ved å sende den ferdige dataanalysen til informantane. Dette er ein vanleg teknikk for å validere innhaldet i intervjuet. Dette valte eg å gjere for å forsikre meg om at informantane følte seg tilstrekkeleg anonymisert, og at eg ikkje hadde tolka materialet på ein anna måte enn det informantane meinte. Dei fekk også eit høve til å seie kva dei tenkte om tolkingane mine (Ryen, 2002).

2.7 Ethiske refleksjonar

Kvale og Brinkmann (2009) legg vekt på fire etiske aspekt i deira skildring av det kvalitative forskingsintervjuet. Informert samtykke, konfidensialitet, konsekvensar og forskaren si rolle er desse fire. Dette er etiske aspekt eg har måtta tatt omsyn til i ein tidleg fase av prosjektet.

Informert samtykke inneber at ein informerar informantane om undersøkinga sine overordna mål og om hovudtrekka i prosjektet. Dei får også vite noko om moglege risikoar og fordelar ved å delta i forskingsprosjektet. Ein sikrar seg også at dei involverte deltar frivillig med eit informert samtykke, samt at dei vert informert om retten deira til å trekkje seg frå prosjektet kortid som helst. Informantane bør informerast om kven som vil få tilgang til intervjuet, forskaren sin rett til å offentleggjere heile eller delar av intervjuet og deltakarane sin moglege tilgang til transkripsjon og analyse av det kvalitative datamateriale. Spørsmål som dette vil nok i dei fleste tilfelle ikkje ha særleg betyding for deltakarane. Kor mykje informasjon ein bør gje og kortid, er spørsmål som eit informert samtykke kan innebere. Føremål og fullstendig informasjon om prosjektet hindrar at informantane vert villeda (Kvale & Brinkmann, 2009).

Masterprosjektet mitt vart tidleg i prosessen meldt til Norsk samfunnsvitskapeleg datateneste (NSD), for å få klarert søknaden om å gjennomføre datainnsamling. Det vart oppretta kontakt med informantane i god tid på førehand, kor informasjon og spørsmål om deltaking i studien vart utført. Då NSD hadde klarert søknaden vart det sendt ut meir detaljert informasjon om prosjektet, samt samtykkeerklæring til informantane. Informasjonsskrivet og samtykkeerklæringa er basert på NSD sitt standaroppsett som inneheldt mellom anna at det er frivillig å delta i intervjuet. Samt at ein har høve til å trekkje seg kortid som helst undervegs, utan å måtte begrunne dette nærare. Dersom ein ynskjer å trekkje seg, vil alle innsamla data verte sletta. I mitt tilfelle har det også vore aktuelt å opplyse informantane om kven som skulle høyre opptaka og kor lenge informasjonen vart lagra. Det var viktig for meg å vere open og ha ein dialog med informantane mine om at eg ville diskutere resultatane med rettleiaren min, men at informantane heile tida ville vere anonymiserte.

Konfidensialitet er eit av dei etiske aspekta Kvale og Brinkmann (2009) legg vekt på. Dette inneber å ikkje offentleggjere data som kan avsløre informantens sin identitet. Å beskytte informantens sitt private liv og endre namn eller annan informasjon som kan vere identitetsavslørande, er forskaren sitt ansvar. Anonymisering innan ein relativt liten kontekst som musikkterapi med born på sjukehus er, kan vere utfordrande. Innanfor musikkterapi-fagmiljøet er det nokså allment kjent kven som arbeidar i sjukehuskonteksten. Personar som kjenner godt til musikkterapi-miljøet i Noreg vil såleis ha høve til å identifisere dei personane som er med i utvalet. Eg har difor lagt stor vekt på å anonymisere informantane slik at det er vanskeleg å identifisere den enkelte frå dei andre i publikasjonen. Eg har difor

valt å ikkje presentera personlege eigenskapar som t.d. kjønn og alder som kunne svekka anonymiseringa. Eg omtalar difor informantane som A, B og C.

Konsekvensar er også eit viktig etisk aspekt. Her handlar det om å ta omsyn til moglege skade forkinga kan påføre informantane, samt dei fordelar dei kan forvente å få ved å ta del.

Det vert stilt krav til intervjuaren sine evner til å ta omsyn til kor langt ein bør gå med spørsmåla. Ein må i samarbeid finne grenser for kva informasjon som er naturleg å gje, og kva informasjon ein skal la vere (Kvale og Brinkmann, 2009). I intervju som dette kor tema omhandlar at informanten må reflektere over si eiga rolle, kan kanskje føre til at ein er meir medviten om kva som eventuelt ikkje fungerer like bra på arbeidsplassen. Ei utfordring kan difor vere å sørgje for at informantane ikkje føler at dei ikkje strekker til på enkelte område.

Det fjerde etiske aspektet Kvale og Brinkmann (2009) omtalar, er *forskaren si rolle*. Der er forskaren sin integritet i fokus, og han eller hennar kunnskap, erfaring, ærlegdom og rettferd er avgjerande for den vitenskaplege kunnskap og dei etiske avgjerslene som oppstår i kvalitativ forskning. Dei tre informantane som deltok i masterprosjektet mitt er alle rollefigurar for meg, sidan dei arbeidar innan ein kontekst som eg gjerne ynskjar å arbeide i sjølv, når eg er ferdig utdanna. Dette førte til at eg behandla dei med stor respekt. Informantane har fleire år med praksiserfaring og praksiskunnskap som eg som student på mange måtar ikkje kan setje meg inn i. Dette kan ha vore ein fordel i høve til det datamaterialet som kom fram i intervju, for dei kunne opna seg meir opp for meg enn dei ville gjort dersom det hadde vore ein musikkterapeut med årevis erfaring som var intervjuaren.

3.0 MUSIKKTERAPI – EIN PROFESJON I UTVIKLING

I dette kapitlet vil eg presentere litteratur som er det teoretiske grunnlaget for oppgåva mi, og relevant for å forstå emnet. Dei empiriske funna mine gjer at eg vil sjå nærare på teoriar om profesjonsomgrepet, profesjonsutvikling, og samfunnsmusikkterapien i høve til profesjonsomgrepet.

For å finne fram til relevant litteratur gjennomførte eg søk i databasane BIBSYS, Google Scholar, PubMed, PsycInf, ProQuest, Bora, Nordic Journal of Music Therapy, Australian Journal of Music Therapy og Voices. Følgjande søkeord vart nytta: *profesjonsidentitet, yrkesidentitet, profesjon, profesjonalitet, identitet, rolleidentitet, music therapy, music therapist, profession, role, job description, professional identity, professional development, professionalization og medical system*. Desse søkjeorda gav meg nokre treff som omhandla litteratur som kan underbygge det eg skriv om profesjonsomgrepet og emne rundt det. Det var elles nokså få relevante treff på spesifikke emne rundt musikkterapi og profesjon. Ein av grunnane til dette kjem nok av at det berre er produsert eit fåtal studiar som tar opp musikkterapi og profesjonalitet på organisasjonsnivå, eller musikkterapi som yrke. Det finst likevel nokre unntak. Hodne (2007) skreiv i si masteroppgåve om musikkterapeutane som profesjonsgruppe i Noreg. Dette var ei kartleggingsundersøking av musikkterapeutane si utdanning, arbeidsfelt og tilsetjingsforhold. Pettersen (2008) si masteroppgåve behandlar musikkterapi i kriminalomsorga frå ein institusjons- og profesjonsteoretisk ståstad. Det er også skrivne ei masteroppgåve om kva som kjenneteiknar norske musikkterapeutar sin profesjonsidentitet (Aune, 2008). Dileo (2000) har skrivne om etiske sider ved musikkterapiprofesjonen, men dette vil eg i liten grad kome inn på i denne oppgåva. Ledger (2010) si doktoravhandling omhandlar musikkterapeutane sine erfaringar med å utvikle musikkterapitenester innan helseorganisasjonar. Å utvikle nye tenester er eit vanleg ansvar for musikkterapeutar, og Ledger (2010) skriv mellom anna om utfordringar knytt til musikkterapeutane si rolle i høve til dette tema. Barrington (2005) skreiv om profesjonalisering av musikkterapien i Storbritannia i si doktoravhandling. Der kritiserar ho samfunnsmusikkterapeutisk litteratur, for ho oppfattar nødvendigheita av å følgje etablerte profesjonelle standardar som ei manglande anerkjenning. Stige & Aarø (2012) belyser korleis samfunnsmusikkterapien kan påverke profesjonen musikkterapi i det siste kapitlet i boka *Invitation to Community Music Therapy*. Dei meiner at desse sistnemte tekstane ikkje utgjer eit grunnlag for å trekkje store konklusjonar, men at samfunnsmusikkterapien inviterar til nye og ulike strategiar for profesjonalisering enn dei som har vorte brukt av dei etablerte yrka i

helsevesenet (Stige og Aarø, 2012). Så langt har ikkje eg lukkast med å finne studiar som omhandlar musikkterapeutar i arbeid med born på sjukehus i Noreg ut ifrå eit profesjonsteoretisk perspektiv.

Gjennom handsøk i referanselister til ulike artiklar og masteroppgåver har eg også funne fram til relevant litteratur. Vidare har eg systematisert litteraturen for å få ei best mogeleg oversikt, og for deretter å kunne drøfte det opp mot empiri og oppgåva si problemstilling.

3.1 Profesjonsomgrepet

Før ein kan identifisere musikkterapi innanfor rammene av profesjonsteori, er det naudsynt å vite litt om profesjonsomgrepet. Profesjon er eit fleirtydig og omstridt omgrep, og det er mange måtar å skildre profesjonar og grader av profesjonalisering på (Stige & Aarø, 2012). Sidan omgrepet vart utvikla på 1800-talet har det vore omdiskutert, og ulike teoretikarar har hatt sine meiningar om omgrepet. Ein definitiv definisjon av profesjonsomgrepet kan difor vere problematisk, fordi profesjonar alltid opererer innanfor ei historisk og samfunnsmessig ramme som vil vere i endring (Fauske, 1991).

Dale (1997) skil mellom omgrepa profesjon, profesjonalisering og profesjonalitet. Han refererar omgrepet profesjon til å gjelde yrkesstatus, privilegium, løn og arbeidsvilkår, samt sosial prestisje. Den historiske og sosiale prosessen yrket går igjennom for å verte etablert som ein profesjon er profesjonalisering, medan profesjonalitet visar seg i praksis. Profesjonalitet uttrykkjer den dyktigheit ein deltakar av profesjonen har til å realisere god kvalitet i praksis.

Hernes (2002) tar utgangspunkt i tre kriterium for å skildre ein profesjon. Det første kriteriet fokuserar på verdien av arbeid som er gjort og kva kunnskap som er eit krav for å utføre arbeidet. Det andre kriteriet er knytt til profesjonell utdanning og opplæring, og det tredje kriteriet er relatert til myndigheit, autonomi og eit ansvar for det praktiserande.

Molander og Terum (2008) skriv at profesjonar er yrke med bestemte koplingar til høgare utdanning og forskning. Dersom ein skildrar eit yrke som *profesjon*, uttrykkjer ein samstundes forventningar om profesjonalitet. Profesjonsomgrepet viser til kunnskap, verdiar som gyldig og haldbar, samt til dugleikar som kan vere meir eller mindre godt utvikla. Ei yrkesgruppe som skildrar seg sjølve som ein profesjon uttrykkjer eit sjølvbilete, samstundes som dei

prøver å overtyde andre om si betydning. Trass i ueinigheit knytt til definering av omgrepet, har ein del forskarar slått seg til ro med ein konvensjonell definisjon: ”Profesjonar er yrker som har oppnådd ein profesjonell status” (Freidson ref. i Molander & Terum, 2008, s. 17). Ein slik definisjon fører oss tilbake til spørsmål som kva då profesjonell status er, korleis kan ein avgjere at slik status førekjem, og kva kjenneteiknar den? Molander og Terum (2008) omtalar *Profesjonell* om personar som beherskar noko på ein god og riktig måte, samt er dyktige og erfarne på eit spesielt område. Her viser ordet til at personen som handlar eller utfører oppgåvene gjer det med ein spesiell kvalitet (Molander og Terum, 2008).

3.2 Musikkterapi som profesjon

Even Ruud (1992) argumenterte i ein artikkel i det første nummeret av *Nordic Journal of Music Therapy* at ein profesjon er eit praktisk yrke med vitenskapelig fundament. Samstundes legg Ruud (1992) vekt på at det ikkje er nok med berre eit vitenskapelig fundament, men at ein profesjon også må ha praksisutøvarar som er kritiske og reflekterte i høve til dette fundamentet. I artikkelen sin vektlegg han nødvendigheita av å ha eit medvite forhold til den praksisen og metodane som rår i faget, dersom musikkterapien ynskjer å bli ein profesjon. Det å arbeide innanfor ein profesjon omfattar difor meir enn å berre beherske grunnleggjande teknikkar og metodar. Ruud (1992) legg vekt på Dale (1989) sine kriterier som han meiner er nødvendig for at faget kan kallast ein profesjon. Desse kriteria vil dermed vere felles utdanning, at ein utviklar fagleg autonomi og evne til legitimering, motivasjon for å oppretthalde og vidareutvikle ein særeigen kompetanse, yrkesetikk, profesjonell organisasjon og metakritikk (Dale, 1989).

Innanfor helse- og omsorgssektoren eksisterar det eit høgt tal profesjonar som utfører bestemte arbeidsoppgåver. Musikkterapien innanfor helsesektoren har ikkje ei definert yrkesrolle eller definerte arbeidsoppgåver, og det er gjennomgåande lite kjennskap til faget. For å styrke musikkterapien sin profesjonelle status er det difor nokre strukturelle formalitetar som må på plass. Det musikkterapien har per dags dato er mellom anna ei universitetsutdanning på masternivå. Muskarane sin Fellesorganisasjon (MFO⁵) driv det meste av det formelle profesjonsutviklingsarbeidet for musikkterapeutar i Noreg. MFO har

⁵ Muskarane sin Fellesorganisasjon (MFO) er Noregs største fagforbund for utøvande kunstnarar og pedagogar og er tilslutta Landsorganisasjonen i Noreg (LO). MFO har meir enn 7000 medlemmar (musikerorg.no).

utarbeida etiske retningslinjer som tar opp standardutfordringar for yrket der ein opererer med terapeut – klient relasjonen. *Musikkterapeut* er ikkje ein beskytta tittel i Noreg, og det betyr at kven som helst i utgangspunktet kan starte ein privat praksis. Det er viktig å skilje mellom beskytta tittel og autorisasjon i denne samanhengen. Autorisasjon er ei offentleg godkjenning frå departementet som er vanleg innan helseprofesjonar (Berger, 2006). *Musikkterapeut* som tittel vart i 1992 godkjent av departementet som eigen stillingskategori. Dette var eit viktig steg i profesjonaliseringa, men likevel har ei slik godkjenning endå ikkje ført til autorisasjon, og musikkterapifaget står framleis utan. Når det gjeldt arbeidet med å etablere yrkesautorisasjon av musikkterapeutar, så er prosessen i gang. Søknaden om autorisasjon er vorte sendt til Helse- og omsorgsdepartementet, men ein ventar framleis på svar. Slike prosessar er omfattande og tek ofte svært lang tid. Den aukande interessa for musikkterapi innan helsevesenet er ei av årsakene til at det vart søkt om autorisasjon (Trondalen, Rolvsjord & Stige, 2010).

I helsevesenet er musikkterapeuten si yrkesrolle sjølvstendig, men også knytt til samarbeid i tverrfaglege fagteam. Musikkterapeuten si rolle i helsevesenet er kompleks og den krev kompetanse, sjølvstende og ansvar. Det er mellom anna på bakgrunn av dette eg tenkjer at alle partar vil tene på å la musikkterapeutane vere autoriserte etter Helsepersonellova. I søknaden sendt til Helse- og omsorgsdepartementet vart det lagt vekt på at dersom verksemda vert regulert og kravet til kompetanse vert eksplisitt og formalisert, vil ein slik autorisasjon beskytte pasientane. Det vil også føre til at Helsesektoren kan sikre seg at praksisutøvarane har nødvendig utdanning og kompetanse og at tilbod innan musikkterapi er regulert, samt føre til at musikkterapistudentar vert vurderte om dei er skikka for helserelatert arbeid med menneske. Ein autorisasjon vil også sikre tydelege rammer for vidare utvikling av fagfeltet og utdanningstilboda. Arbeidet med å gjere musikkterapi tilgjengeleg for folket vil ikkje minst verte styrka (Autorisasjonssøknad, 2010).

I Helsepersonellova (1999), § 21 og 39, kjem det tydeleg fram at yrkesgrupper både med og utan autorisasjon, må følgje teieplikt og dokumentasjonsplikt. Trass i dette vert det gjerne utvikla lokale løysingar når det gjeld t.d. dokumentasjon og journalføring. Dette fører til at det kan oppstå uklarheit om yrkesrolla når musikkterapeutar ikkje er autoriserte etter Helsepersonellova (1999).

I 2008 undersøkte Pettersen korleis musikkterapien sitt innpass i norske fengsel påverka musikkterapien som yrke. Trass i at hans studie er utanfor min kontekst, er det likevel relevant å sjå på dei mange likskapstrekk. Pettersen (2008) tok utgangspunkt i Abbott (1988) sin teori om profesjonalisering, som var eit nytt og viktig bidrag til profesjonsteorien på 80-talet. Abbott (1988) kritiserte den klassiske og kritiske profesjonslitteraturen i si bok, *The System of Professions*, kor han omtalar profesjonar som eksklusive yrkesgrupper som brukar abstrakt kunnskap til bestemte formål. Han skildrar profesjonelt arbeid som arbeid der dei menneskelege problema kan løysast av ekspertar (Abbott, 1988). Pettersen (2008) spurte seg i den samanheng om det arbeidet musikkterapeutane utførar i fengsla, kvalifiserar til at dei kan reknast som ekspertar. Musikkterapi er eit ungt fagfelt i ein profesjonaliseringsprosess. Det er difor relevant å setje fokus på *jurisdiksjon*, som er samanhengen mellom profesjonen og arbeidet, og i kva grad profesjonen har monopol på å kontrollere eit arbeidsområde, meiner Pettersen (2008). Kven som har makt til å definere og kontrollere ulike arbeidsoppgåver er eit essensielt tema i den samanheng. Jurisdiksjonelle fordelar er av ulik art og kan vere lovmessige og formelle, eller av meir uformell karakter, meiner Abbott (1988). I Pettersen (2008) sin studie definerar musikkterapeutane sitt arbeid innanfor eit samfunnsmusikkterapeutisk perspektiv, og dei antyder at dei ikkje prioriterar strategiar for å etablere formalisert godkjenning av rettigheter og plikter (jurisdiksjon). Dette er interessant i høve til at dette er i konflikt med det ein gjerne kunne forvente i følge Abbott (1988) sin teori om profesjonalisering.

3.3 Musikkterapi – ein hybrid identitet

Musikkterapien utviklar seg stadig i nye perspektiv og nye praksisfelt gjennom interaksjon med fleire disiplinær. På bakgrunn av dette spør Stige (2002) om det er mogleg å sjå på musikkterapi som ein eigen disiplin. Nokon vil nok sjå på musikkterapi som ein multidisiplinær profesjon som trekker inn teoriar og omgrep frå andre etablerte disiplinær. Stige (2002) legg difor vekt på å sjå på musikkterapi som ein ”disiplin i utvikling” (2002, s. 197). Musikkterapien er utan tvil tverrfagleg, men om det tverrfaglege får preg av interdisiplinaritet kan vere interessant å diskutere, meiner Stige (2008a). Integrasjon av ulike tverrfaglege element er grunnleggjande for fagutviklinga. Ei utveksling av omgrep, teoriar og metodar mellom ulike fagfelt, der eit nytt integrert fagfelt eventuelt også gradvis utviklast, er noko av det Stige (2008a) interesserar seg for. Det er ekstra viktig å ikkje utvikle motstand mot å importere teori og forskingsmetodar frå andre fagfelt, med tanke på at musikkterapi er eit lite fagmiljø med eit stort gjenstandsområde. Dette kan nok føre til ein viss fare for at ein

ikkje utviklar ein eigen identitet, men difor argumenterer Stige (2008a) for ein *hybrid identitet*. Han vel å kalle utviklinga av musikkterapien for ei utvikling i retning av hybrid identitet, noko meir integrert enn eit tverrfagleg felt. Ordet hybrid stammar frå latin, og er eit ord som mellom anna har vore brukt i botanikken, der det vert referert til ein krysning mellom to ulike arvemessige artar. Ordet hybrid har ein ambivalent karakter og det kan dermed vise til noko som verken er det eine eller det andre, eller til noko som er både og. Hybrid identitet betyr at ein ikkje er fullt det eine eller fullt det andre, men det inneber alltid at ein gjev noko i frå seg. Det interessant for musikkterapien er at hybrid identitet inneber eit nytt kreativt moment, som verken er det eine eller det andre, men noko tredje (Stige, 2008a).

I diskusjonen om musikkterapi som fag- og forskingsfelt viser hybridet til det å ha ein samansett identitet som kan innebere å gå på tvers av dominerande posisjonar i eit samfunn. Spenningar mellom det praktiske og det akademiske, og mellom humaniora og helsefag, men også mellom ulike former for forståing av vitskapeleg praksis, pregar musikkterapien (Stige, 2008a).

Det at musikkterapi grensar til andre fagfelt, kan føre til at musikkterapeutar som profesjonsgruppe må konkurrere med andre profesjonar. I denne tilgrensinga og konkurransen med andre profesjonar, er det at ein profesjon utviklar og etablerar seg, meiner Abbott (1988). ”It is control of work that brings the professions into conflict with each other and makes their histories interdependent. It is differentiation in types of work that often leads to serious differentiation within the professions” (Abbott, 1988, s. 19-20).

Det å arbeide med musikk og helse kan ein og knytte til andre disiplinar, og Stige (2002; 2012) skriv om at det er mange andre yrkesgrupper som til dømes sjukepleiarar og anna helsepersonell som også tar i bruk musikk i sitt arbeid. Han diskuterar korleis ulike aktørar har ulike roller, og han omtalar i den samanheng omgrepa *arena*, *agenda*, *agents*, *activities* og *artefacts*. *Arena* omhandlar situasjonen og plassen der det skjer, medan *agenda* refererer til motivasjon og mål. *Agents*, refererer til kven som utførar musikken, *activities* til kva dei gjer og *artefacts* omhandlar kva reiskap ein tar i bruk, t.d. instrument, song eller dikt (Stige, 2012). I høve til denne oppgåva sin kontekst kan det også vere andre yrkesgrupper enn musikkterapeuten som nyttar musikk på sjukehuset. Dette vil verte meir omtalt i analysekapittelet med spesifikke døme frå informantane.

3.3.1 Tverrfagleg samarbeid

Det har dei seinare åra vorte observert eit aukande samarbeid mellom ulike helseprofesjonar og musikkterapeutar. Aasgaard (2006b) legg vekt på at dette har med auka kommunikasjon og informasjon mellom helseprofesjonane å gjere, og at det ut av dette har sprunge nye synsvinklar og tilnæringsmåtar som kjem klientane og pasientane til gode (Aasgaard, 2006b). Elefant & Lotan (2004) sitt samarbeid som musikkterapeut og fysioterapeut, med barn med Retts syndrom er eit døme på eit slikt samarbeidstiltak. Ulike systematiske særmål og fellesmål dei to terapiformene har i ein behandlingsprosess vert her vektlagt. Samarbeidet vart oppretta for å ivareta borna sine fysiske og medisinske behov, og samstundes ta omsyn til deira emosjonelle og kommunikative behov, ved ein betre kvalitet på behandlinga. Det tverrfaglege samarbeidet viste seg å forbetre borna sine kommunikasjonsevner (Elefant & Lotan, 2004).

Aftret (2008) refererar til Lauvås som skildrar tverrfagleg samarbeid som ein fagleg interaksjon både på det teoretiske og det praktiske planet. Lauvås referert i Aftret (2008) legg vekt på at det er ein føresetnad for eit slikt samarbeid at faggruppene kommuniserar tett og bidreg til dei enkelte faga på kvar sin måte. Samstundes trekk ho og fram spørsmålet om ikkje faga kan forsvinne og faggrensene viskast ut dersom tverrfaglegheita vert for sterk. Utfordringa vert difor å finne fram til ei tverrfagleg arbeidsform som kan ivareta, oppretthalde og utvikle den spesifikke faglege kompetansen. Aftret (2008) reflekterer i den samanheng om ein som musikkterapeut vert meir utydeleg i tverrfagleg samarbeid. Ho skriv om si erfaring med eit tverrfagleg samarbeid med ein fysioterapeut, kor ho opplevde at i staden for å viske ut sitt eige fag, opplevde å verte meir tydeleg ved å reflektere over musikkterapien sin eigenart. Utan direkte involvering i kvarandre sine praksisfelt, meiner ho at denne refleksjonen ikkje hadde vore mogleg. Det å vere utøvar og observatør av eige fag gav eit større høve til å reflektere over praksis (Aftret, 2008).

3.4 Samfunnsmusikkterapi

Den store utviklinga i musikkterapien har mellom anna ført til at samfunnsmusikkterapien har fått ein sentral plass i musikkterapifaget. I norsk musikkterapi er samfunnsmusikkterapi eit relativt nytt uttrykk, medan den engelske termen *community music therapy* har vore brukt sidan 1960 talet i den amerikanske litteraturen. Likevel var det først etter år 2000 at ein internasjonal litteratur om tema vart etablert. Den aukande interessa skapte behov for eit

spåkleg uttrykk som kunne fungere i den norske faglitteraturen, og termen *samfunnsmusikkterapi* vart difor tatt i bruk (Stige, 2008b). Somme fagfolk – t.d. legar, opplever at samfunnsmusikkterapi er eit sjølvmotseiande uttrykk, fordi dei meiner terapi er knytt til behandling av individ (Stige, 2005). Ein kan dermed undre seg over kva konsekvensar det kan få for musikkterapi som profesjon, at musikkterapeutar på sjukehus i så stor grad arbeidar etter eit samfunnsmusikkterapeutisk perspektiv. Stige (2005) omtalar samfunnsmusikkterapi som eit område innan faget musikkterapi, og ikkje som ei spesifikk avgrensa terapiform. Det er eit fagområde kor praktiserande musikkterapeutar kan hente omgrep, innsikter og teoriar i frå, dersom dei ynskjer det.

Gary Ansdell (2002) sitt essay, *Community Music Therapy & The Winds of Change*, har vore ein svært viktig tekst i samfunnsmusikkterapilitteraturen. Med utgangspunkt i eit kritisk syn på det sterke individfokuset i engelsk musikkterapi, argumenterar han her for verdien av å utforske heile spekteret av musikkterapeutisk praksis. Han omtalar spekteret frå det private og det individuelle til det offentlege og fellesskapsorienterte.

Som vist i innleiinga til denne oppgåva omtalar Stige (2003) musikkterapien på tre ulike nivå. Med utgangspunkt i det definerar han også samfunnsmusikkterapien etter ei tredelt forståing.

Som *praksisfelt* byggjer samfunnsmusikkterapien på ein deltakar- og samarbeidsorientert prosess med sikte på individuell vekst og sosial endring, der musikkens evne til å skape helsefremjande relasjonar på ulike plan vert utforska på ulike arenaer.

Som *fagområde* fokuserar samfunnsmusikkterapien på forholdet mellom musikk og helse, slik dette utviklar seg innafor og mellom dei ulike fellesskap og samfunnsstrukturar som individet er ein del av.

Som *yrkesspesialitet* representerar samfunnsmusikkterapien eit fellesskap av fagpersonar med utdanning som kvalifiserar dei for å ta ei aktiv rolle – musikalsk og sosialt – i utviklinga av samfunn med vekt på verdiar som rettferd og lik fordeling av ressursar og på vilkår for helsefremjande deltaking (Stige, 2008b, s. 147).

Med utgangspunkt i deltakarane sine erfaringar om problem og ressursar i ein aktuell sosial situasjon, legg Stige (2008b) her vekt på at samfunnsmusikkterapeutisk praksis er open og inkluderande, og at prosessen er samarbeidsorientert.

3.4.1 Samfunnsmusikkterapi versus konsensusmodellen

Om samfunnsmusikkterapien utfordrar konsensusmodellen⁶, er eit tema som dukkar opp i noko av musikkterapilitteraturen. Ansdell (2002) brukar mellom anna improvisatorisk musikkpsykoterapi for skildre konsensusmodellen, kor næraste rollemodell er ein psykoterapeut. Det som kjenneteiknar konsensusmodellen er mellom anna at musikkterapien går føre seg på eit lukka rom, kor fokuset er på individuelle settingar, samt eit ekspert - klient forhold. Samfunnsmusikkterapeutar derimot ynskjar oppnå ein balansert identitet som både muskar og som terapeut (Ansdell, 2002). Den norske musikkterapien er ikkje like tru mot konsensusmodellen, for det er lite av den norske musikkterapilitteraturen som er vinkla mot ein medisinsk og psykoanalytisk musikkterapi, kor ein tenkjer behandling og symptomlindring.

Aasgaard (2002; 2006a) er ein av fleire musikkterapeutar som har vore oppteken av musikkterapi og institusjonsmiljøutvikling. Han argumenterar for at musikk som miljøterapi kjem inn under musikkterapien sitt verkeområde. Dette er fordi musikkterapeutar ikkje berre arbeidar med musikk og menneske, men med musikk og menneske i kontekst. I artikkelen, *A Pied Piper among White Coats and Infusion Pumps: Community Music Therapy in a Paediatric Hospital Setting*, skildrar Aasgaard (2004) eit samfunnsmusikkterapeutisk perspektiv i ein kontekst kor eit tradisjonelt medisinsk paradigme er dominerande og musikkterapien ikkje har ein tradisjon. Som musikkterapeut og dermed ein representant for ein ny og ukjent disiplin, er ikkje den profesjonelle statusen særleg høg, hevdar Aasgaard (2004). Ei samfunnsmusikkterapeutisk tilnærming på sjukehuset vert gjerne møtt med forvirring og til og med mistru (Aasgaard, 2004).

I litteraturen som omhandlar samfunnsmusikkterapi, er det tydeleg at samfunnsmusikkterapeutisk praksis utfordrar musikkterapeutar i høve til deira rolle som

⁶ I mangel på eit betre norsk omgrep så brukar eg det engelske uttrykket, direkte oversatt.

terapeutar også på ulike institusjonar. Anna Maratos (2004) skriv om eit prosjekt som vaks fram av eit samarbeid mellom pasientar og tilsette på ein psykiatrisk institusjon. Ein psykiater vart oppfordra til å skrive ei operette for institusjonen, og Maratos (2004) legg vekt på korleis prosjektet hadde innverknad på både pasientane si oppleving av sine roller og på sjukehuspersonalet si oppleving. Ho skildrar dette som ei re-institusjonalisering av pasientrolla, og samstundes ei de-institusjonalisering av institusjonen (Maratos, 2004, s. 142). Maratos (2004) sin tekst er også eit døme på at samfunnsmusikkterapien kan utfordre konsensusmodellen, og spørsmål om dette er musikkterapi dukka raskt opp. Tema som framføring, prosess versus produkt, og pasientar og tilsette sine roller, vart aktuelt å diskutere. Pavlicevic (2004) skildrar også ei erfaring av at ein samfunnsmusikkterapeutisk praksis utfordrar terapeutrolla, samhandlinga med klientar, og forståinga av terapeut og klientroller.

Etter at samfunnsmusikkterapien vart presentert som eit omgrep med mellom anna Ansdell (2002) og Stige (2003), er det dermed ikkje berre interesse og entusiasme som har vore framtrekande rundt omgrepet i musikkterapilitteraturen. Usemje og kritikk, kor samfunnsmusikkterapi mellom anna vert sett på som overflødig og eit profesjonelt sjølv-mord (Erkkilä, 2003), er også aktuelt i litteraturen. Spørsmålet om samfunnsmusikkterapien utfordrar profesjonen eller utvidar den i positiv retning dukka opp i *British Journal of Music Therapy* i 2008 (Barrington, 2008; Ansdell & Pavlicevic, 2008; Procter, 2008).

Musikkterapi kan vere vanskeleg å definere, og Ruud (2010) omtalar at det kan vere utfordrande for klientar, arbeidsplassar og samfunnet å relatere seg til profesjonen. Utviklinga av samfunnsmusikkterapien gjer difor ein vanskeleg situasjon endå verre, sidan det utvidar og utviklar musikkterapien i ulike retningar. Kva rolle musikkterapeuten får og kva rolle musikkterapien får som profesjon er spørsmål som har vore diskuterte innan eit samfunnsmusikkterapeutisk perspektiv. Jaakko Erkkilä (2003) legg ikkje skjul på at samfunnsmusikkterapien utfordrar musikkterapien som profesjon, i sin kommentar til boka *Contemporary Voices in Music Therapy – Communication, Culture and Community* av Kenny og Stige (2002). Erkkilä (2003) kommenterar Ansdell (2002) sin artikkel om samfunnsmusikkterapi og konsensusmodellen. Når ein har arbeida i så mange år for å oppnå status og godkjenning, er det ingen annan måte å overleve på enn konsensusmodellen, meiner Erkkilä (2003). Det vil vere eit profesjonelt sjølv-mord å endre på det som knyter oss til dei andre terapiprofesjonane. Å seie ja til psykologi, medisin og individet er absolutt nødvendig,

men det betyr ikkje at ein ikkje kan inkludere kulturelle og samfunnsmessige aspekt innanfor konsensusmodellen, hevdar Erkkilä (2003).

At musikkterapi fekk lovleg registrering i Storbritannia i 1997 har ført til stor vekst for profesjonen og fordelar for klientane, hevdar Barrington (2008). Hovudfunksjonen er å beskytte klientane og allmennheita, og det vil difor vere uansvarleg å oversjå dei retningslinjer som er fastsette av *The Health Professions Council (HPC)*, meiner Barrington (2008). Hennar syn hevdar difor at kritikken som har oppstått innanfor den britiske samfunnsmusikkterapilitteratur om korleis musikkterapi har utvikla seg som eit fag og ein profesjon, er potensielt øydeleggjande. Procter (2008) tolkar situasjonen nokså annleis, og er skeptisk til Barrington (2008) sitt syn. Han poengterer at desse retningslinjene ikkje er skrivne av klientar, men av fagfolk som er mest opptatt av å sikre at registrerte fagfolk opptrer profesjonelt etter HPC sin mal på profesjonalitet. Dette fokuset på profesjonalitet meiner HPC er for å beskytte klientane, medan Procter (2008) meiner at det kan argumenterast for at dette er lite anna enn ei dekkhistorie for elitisme. Ansdell og Pavlicevic (2008) argumenterar i sitt svar til Barrington (2008) at samfunnsmusikkterapien ikkje utfordrar profesjonen på ein negativ måte. Ein kan heller sjå det som eit teikn på ei meir generell omforming som er konstruert av sosiale og kulturelle endringar i samfunnet. Tida endrar seg, behova endrar seg og profesjonane endrar seg.

3.5 Profesjon og identitet

Det som kvalifiserar profesjonell yrkesutøving er læring av kunnskap og dugleikar, og det skjer i ein kombinasjon mellom utdanning og yrkespraksis. Profesjonskvalifisering handlar også om å identifisere seg med eit yrkesfelt og ein profesjon. Å identifisere seg sjølv som ein profesjonell utøvar innan feltet er også ein sentral del. Det handlar difor om kven ein er og kven ein ynskjer å vere (Heggen, 2008).

Heggen (2008) omtalar to ulike sider ved identitetsomgrepet. Det første er *profesjonell identitet* som omhandlar den personlege identiteten i utøvinga av yrkesrolla. Ei meir eller mindre medviten oppfatning av "meg" som yrkesutøvar kan ein forstå som profesjonell identitet. Kva type eigenskapar, verdiar og haldningar, etiske retningslinjer eller kunnskap er det som konstituerer ein god yrkesutøvar. I dette perspektivet kan det oppstå identitetsproblem, kor dei erfaringane ein gjer kan skape rolleforvirring. Dette kan påverke samanheng og kontinuitet i sjølvoppfatninga av den profesjonelle identiteten (Heggen, 2008).

Den andre sida ved identitet er å snakke om ulike formar for *kollektiv identitet*, knytt til gruppeidentitet, som primært handlar om felles symbol meir enn felles handling. *Kollektiv* fortel noko om felles symbol blant medlemma, men samstundes eit høve til å identifisere seg med ulike måtar å handle på, samt å utøve si yrkesrolle på svært ulike måtar i praksis. Arbeidar musikkterapeutar ofte åleine på arbeidsplassen sin, kan vere relevant å spørje seg i denne samanheng. Eksisterar det eit høve til å oppleve ei kjensle av kollektiv identitet? Profesjonsidentitet er eit døme på kollektiv identitet, hevdar Heggen (2008). Ein kan forvente at ein yrkesutøvar som er medlem av ein profesjon følgjer profesjonen sine formål og arbeidsmåtar. Dersom ein profesjon kjempar hardt for formell aksept av kompetanse, arbeidsoppgåver (jurisdiksjon) og løn i høve til andre profesjonar, kan dette føre til ei sterk oppslutning om profesjonsidentiteten (Heggen, 2008).

Ruud (2010) skriv om identitet og roller i boka *Music Therapy: A Perspective from the Humanities*. Identitet fokuserar på roller det vert antatt ein skal ta og roller ein vert tildelt. Identitet er strukturert i roller, og roller gjev høve for handling innanfor visse institusjonelle rammer. Ruud legg vekt på at musikkterapi er svært vanskeleg å definere og han har sjølv definert ein musikkterapeut som sosialarbeidar, spesialpedagog, omsorgsarbeidar og kulturarbeidar. Denne omfattande identiteten som musikkterapi har, gjer det difor vanskeleg for allmennheita å forstå kva musikkterapi er (Ruud, 2010).

Ærø & Aasgaard (2011) legg vekt på at dei verdiane som eit sjukehus inkorporerer vert ein fellesnemnar for heile verksemda, og kan knytast til identitet. Institusjonen sitt sjølvbilete skal også kunna gjenkjennast av brukarane. Identitet vert antatt å vere eit relativt bestandig ”indre” fenomen, medan rolle refererar til opplevd eller forventa åtferdsmønster, oppgåve eller posisjon. Likevel er det ein glidande overgang i bruk og forståing av desse omgrepa, samt at dei to omgrepa er gjensidig avhengig av kvarandre. Sidan identitetsoppleving er knytt til sjølvbilete, vil dette igjen vere avgjerande for korleis ein framfører roller, både ”sosiale” og ”profesjonelle” roller. På ei barneavdeling må musikkterapeutane forholde seg til rammevilkåra, men har samstundes stor fridom til å utforme si profesjonelle rolle. Dei har eit ansvar for å ta og utvikle nye roller, nettopp fordi fagrolla ikkje er fastsett. Uklare oppfatningar om kva rolle musikkterapeuten har, påverkar den profesjonelle identiteten (Ærø & Aasgaard, 2011).

3.5.1 Profesjonsutvikling

Med tanke på profesjonsdebatten som har oppstått rundt samfunnsmusikkterapien er det aktuelt å sjå nærare på profesjonsutviklinga. Ein kan forstå den individuelle terapeuten si profesjonelle utvikling som endringar i profesjonell haldning, kognitiv og emosjonell fungering, interpersonleg fungering, profesjonell identitet, verdiar og etikk, og forståing av profesjonelle roller (Rønnestad, 2008).

Det er fleire forhold som påverkar den profesjonelle utviklinga. Haldning til kunnskap, teoretisk bredde, fagleg nysgjerrigheit, variasjon i arbeidserfaring, støtte i arbeidsmiljøet og betydinga av den kontinuerlege refleksjonen er nokre sentrale aspekt. Ein aktiv kunnskaps- og erfaringsøkjande haldning hos den profesjonelle fordrar optimal profesjonell utvikling. Det betyr at kunnskap ervervast gjennom grundig teoretisk skoleing, samt at den kunnskapen må arbeidast vidare med kontinuerlig gjennom erfaringar, både i eigen refleksjon og dialog (Rønnestad, 2008).

Pettersen (2008) undersøkte i sin studie om musikktilbodet si utbreiing i fengsla har noko å seie for musikkterapeutane si profesjonsutvikling. For å finne svar på dette undersøkte han om musikkterapien sitt inntog i fengselet har vore med på å heve musikkterapien sin jurisdiksjon. Indikatorar Pettersen (2008) nytta i studien for å formidle dette, var mellom anna stillingsbeskriving, korleis dei vart behandla av leiinga og andre profesjonar, samt deira syn på eiga rolle som ein del av institusjonen. Den måten musikkterapeutane var organiserte på, gav eit høve til å sei oss noko om jurisdiksjonell status. Abbott (1988) omtalar tre arenaer der jurisdiksjon kan vere eit krav. Den første av dei tre er lovverket som nyttast for å få formell kontroll. Den offentlege opinion som vert brukt for å påverke mellom anna lovverket er den andre, og tilslutt arbeidsplassen der ein kan påverke kva som er den rådande legale jurisdiksjon (Abbott 1988:59-60). Ein gjensidig påverknad av desse tre er nødvendig for å kjempe til seg jurisdiksjon. Abbotts (1988) jurisdiksjonsmodell har sitt utspring frå Carr-Saunders & Wilsons sin modell der dei meinte at det var tre kriterier for korleis eit yrke markerar sin posisjon som ein legitimert profesjon. Pettersen (2008) valte å sjå på desse i høve til musikkterapi i sin studie. At musikkterapien ikkje har autorisasjon får difor konsekvensar for musikkterapeutane sin formelle jurisdiksjonelle status. Å halde fram med profesjonaliseringa av musikkterapi i norske fengsel er difor viktig. Pettersen (2008) konkluderar med at det vil styrke sikkerheita og den fagleg identitet til musikkterapeutane.

Hodne (2008) konkluderar i sin studie om musikkterapeutane sin profesjonsutvikling at det er eit avgrensa tal musikkterapeutar innanfor fleire felt. Dette kan mellom anna føre til at dei på arbeidsplassen ofte arbeidar åleine som musikkterapeutar og difor søker identitet i høve til andre profesjonsgrupper på arbeidsplassen. Hodne (2008) antyder at desse aktuelle arbeidsfelta har manglande rekruttering fordi dei har vorte mindre vektlagt i musikkterapiutdanninga. Musikkterapeuten si utdanning, arbeidsfelt og tilsetjingsforhold er tema Hodne (2008) belyser i studien og forfattaren antyder sjølv at det kanskje er for tidleg å setje musikkterapeutane inn i eit juridiskjonelt system.

Ledger (2010) har tre hovudmål med sin studie. Dette er å lære meir om musikkterapeutane sine opplevingar av å utvikle nye tenester i helseorganisasjonar, å avdekke nokre effektive strategiar for å innføre og etablere nye musikkterapitilbod, samt å utforske korleis kvalitativ forskning kan bidra til å etablere fleire og ulike musikkterapitilbod. Ledger (2010) sine resultat viste at musikkterapirespondentane formidla sterke kjensler av isolasjon, utryggleik og usikkerheit i høve til deira erfaringar med å utvikle tenester. Trass i dette viste dei også lidenskap og engasjement for utviklingsarbeidet sitt. Resultata viste også at utviklinga kan ta tid og påverkast av kontekstuelle faktorar. Musikkterapeutane som deltok i Ledger (2010) sin studie gav også uttrykk for at å innføre musikkterapi i etablerte helsevernsinstitusjonar ofte kan føre med seg kompliserte tverrfaglege interaksjonar og forhandlingar. Dei fortalte i den samanheng om utfordringar knytt til tvetydigheit rundt si rolle og motstand frå andre arbeidstakarar (Ledger, 2010).

Musikkterapeutane sine arbeidsområde og roller vert justerte og endrast i takt med fagutvikling og samfunnsbehov. Dette meiner Trondalen (2006) heng saman med korleis musikkterapi vart definert frå starten av her i landet. ”Musikkterapi er bruk av musikk til å gi mennesker nye handlemuligheter” (Ruud, 1990, s. 24). Dette er den mest brukte definisjonen på musikkterapi i Noreg. Denne definisjonen seier ingenting om korleis musikkterapeuten arbeidar eller kva som er målet for terapien, men den legg derimot vekt på eit handlingsomgrep. Å skape eit høve til å påverke eige liv er vektlagt og det førar den inn i ein samfunnsvitskapeleg retning. *Bruk av musikk for å fremje helse* kan vere ei forståing av musikkterapi på bakgrunn av at omgrep som helse og utvikling heng saman med ei sosial verkelegheit kor ein har høve til å påverke eige liv. Musikkterapeutar må forholde seg til menneske med både psykiske og fysiske utfordringar i livet. Dei kan difor få ei meir utvida rolle enn ein ”vanleg” musikkarbeidar som arbeidar med musikk for å fremje helse. For å

kunne ivareta dei mellommenneskelege og musikalske prosessane som oppstår i musikkterapeutiske forløp, må musikkterapeutar ha ein klinisk kompetanse (Trondalen, 2006).

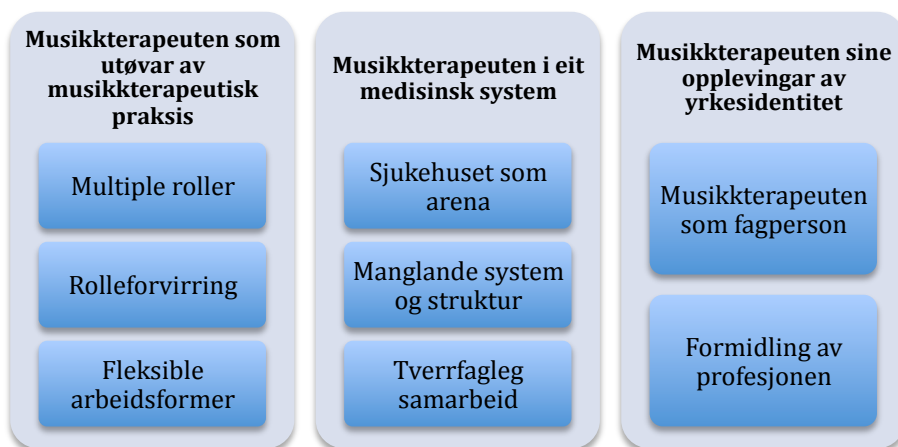
Musikkterapistudiet i Noreg vert plassert innanfor ein humanistisk tradisjon og fokuserar difor ei kontekstuell verkelegheitsoppfatning og ei eklektisk tilnærming til faget. Enkelte andre utdanningar med bestemte behandlingsteoretiske ståstader er annleis enn musikkterapien som vektlegg det eklektiske. Det fører kanskje til at norske musikkterapeutar kan møte utfordringar i høve til eigen *musikkterapi-identitet*. Samstundes kan det føre til stor fridom når det gjeld å utforme sin eigen yrkesidentitet og finne sin eigen plass (Trondalen, 2006).

Profesjonaliseringsprosessen vert påverka av nye arbeidsfelt og arbeidsoppgåver som er med på å utvide musikkterapeuten sin yrkesfunksjonar. Musikkterapeutane som ei heilskapleg gruppe står i fare for å bli diffus eller uklar som profesjonsgruppe. På ei anna side kan rekruttering til profesjonen og faget si utvikling oppstå ut ifrå den variasjonen og utvidinga som skjer i faget. Å sjå bredda i musikkterapien kan også vere ein gode for klientane og ikkje berre for musikkterapeutane (Hodne, 2008).

4.0 ANALYSE

I dette kapitlet vil eg presentere dei ulike kategoriane som har kome fram igjennom datamaterialet mitt. Arbeidet mitt med dei transkriberte intervjuar og analysen førte til følgjande tre hovudkategoriar: *Musikkterapeuten som utøvar av musikkterapeutisk praksis*, *Musikkterapeuten i eit medisinsk system* og *Musikkterapeuten sine opplevingar av yrkesidentitet* (Figur 3). To av desse hovudkategoriane har tre underkategoriar, medan den tredje av dei har to underkategoriar. I presentasjonen av dei ulike kategoriane vil også eit heilskapleg bilete av det informantane har fortalt kome til syne. Samstundes vil den enkelte informant sine spesifikke forteljingar verte trekte fram gjennom utvalte sitat. Tema for prosjektet mitt har vore å sjå på korleis musikkterapeutar, som arbeidar med born på sjukehus, opplever sin eigen profesjonalitet i høve til å ta ulike roller. Kvar av informantane tok difor med seg sine personlege erfaringar, som er med på å utforme deira yrkesrolle, inn i intervjuet. Eg har valt å kalle informantane for A, B og C, og eg refererer til meg sjølv som intervjuar (I).

Figur 3



4.1 Musikkterapeuten som utøvar av musikkterapeutisk praksis

I intervjuar snakka informantane mykje om korleis dei utøvar arbeidet sitt som musikkterapeut på sjukehus. Dei fortalte om kvardagen sin på barneavdelinga, kor det å veksle mellom ulike arbeidsformar og roller er ein sentral del av arbeidet. Informantane opplever at dei går inn i nokre av rollene med eit bevisst val og ynskje. Andre gongar kan rollene oppstå uventa, og kanskje ufrivillig. Nokre av rollene er det dei tilsette og systemet som skapar, medan andre roller oppstår utifrå borna sine ynskje og behov. Informantane fortel om erfaringar, kor fleksibiliteten ved å veksle mellom dei ulike rollene førar med seg både fordelar og ulemper.

Slik oppstod underkategoriane: *Multiple roller*, *Fleksible arbeidsformer* og *Rolleforvirring*, og kvar av desse kategoriane vil no verte presenterte.

4.1.1 Multiple roller

Dei tre informantane fortel alle saman at det ikkje er tvil om at dei tar ulike roller. Dei legg vekt på at det å veksle mellom ulike roller kjem naturleg i store delar av arbeidet deira, særleg med tanke på det store aldersspekteret som er på barneavdelinga. Informantane sitt arbeid omhandlar ofte å gå frå ein fire månadar gamal baby med hjartefeil, til ein ungdom som ikkje vil snakke, så spennet er ekstremt stort.

Det er ikkje alle rollene som oppstår som er planlagde, eller som musikkterapeutane nødvendigvis bestemmer seg for å ta. Dette kan nok mellom anna kome av at nokre av dei tilsette ikkje har kjennskap til musikkterapi. Informant B fortel om positive og negative opplevingar der uventa roller oppstår i møte med andre fagpersonar.

B: (...) eg opplever at det er mange av dei tilsette som er veldig usikre på korleis dei skal forholde seg til meg. Det kan føre til ei rolle som eg ikkje har lyst på. Eg merke det t.d. når eg møter folk i heisen, for dei kan sei så mange kjedelige ting. "Ja skal du ut å spele du då? Ja, du kan jo ta den der songen". Samstundes så ser eg at noko av det kan vere ålreit. I går møtte eg ein overlege som sa: "Skal me ta ein song saman?" Han hadde med seg studentar, og han sa dette høgt i gangen. "Kan du den "Davy Crockett"?" Også byrja han å syngje og etterpå kom han og sa "Takk for samarbeidet!" "Jaha", tenkte eg! "Ja, du skjønner at eg snakka akkurat med studentane mine om det å by på seg sjølv, å kunne gje frå seg autoritet og ta tilbake autoritet" seier han då. Så der fekk eg ei rolle som han visste at han kunne bruke meg til. Han kunne gå inn og ut av noko fordi eg har ei rolle som han kan spele opp mot. Så der kom ei slik rollebruk litt overraskande på meg.

Informantane snakkar alle om å ta ei leikande rolle, kor utkledding ofte er eit verkemiddel. Musikkterapeuten og musikken kan vere med på å få i gang fantasien hos borna. Det å vere musikkterapeut og til dømes ei heks samstundes, meiner informant A er heilt i orden, så lenge barnet sine behov og ynskje er i fokus. Informant A legg og vekt på at leik kan vere eit utspring for kjensler. Born har kanskje ikkje så mange ord som kan fortelje korleis dei har det, og dei kan difor få eit høve til å leike, spele eller syngje det ut.

Dei tre informantane skildrar også ei pedagogrolle som alle tre til tider tek i bruk. Ein av informantane har musikktilmar på sjukehuskulen og tar særleg der i bruk ei pedagogisk rolle. Dei to andre informantane fortel om ei pedagogrolle som vert tydeleg i situasjonar kor dei

eldste borna har eit ynskje om å lære seg å t.d. spele piano eller gitar. Informantane legg dermed vekt på viktigheita ved å følgje opp der motivasjonen til barnet er. Til trass for denne pedagogiske tilnærminga, har dei likevel musikkterapeutiske mål i arbeidet sitt med borna. Det er mange i det medisinske systemet som ikkje veit kva ein musikkterapeut er, eller kva musikkterapeuten sitt arbeid på sjukehuset kan innebere. Ein musikkterapeut kan dermed oppleve å få svært mange ulike namn. Informant A nemnar t.d. ”musikkdama”, ”klatremus”, fordi gitaren alltid er på ryggen, samt ”underhaldningstante”. Trass i dette er informanten svært tydeleg og klar over si eiga rolle.

A: Ja, så det er sjølvsagt veldig mykje ein får høre, men eg er musikkterapeut.

I: Ja, men føler du at det påverkar di oppleving av din rolle?

A: Nei, eg er musikkterapeut. Eg er ikkje ei underhaldningstante som kjem å underhaldar litt. Og om dei tilsette seier det, så får dei berre sei det, for eg veit jo kva eg heldt på med likevel. Og så kan dei lære det etterkvart.

I: Men føler du at underhaldning likevel er eit aspekt av din rolle?

A: Til tider er det jo det også, eller underhaldning i eit bredt omgrep kanskje.

Dei tre informantane opplever altså nokre gongar å få ei rolle som ein underhaldar i sjukehusmiljøet, men dei tenkjer sjeldan på det på den måten. Dette er ei rolle som barnet, familien og personalet lett kan fange opp, sjølv om den ikkje er individuelt retta. Ei slik rolle kan skildrast som ei musikkterapirolle, men også som ei musikarrolle der informant C si rolle er å utøve musikk og skape stemning.

Å ta ei rolle som pådrivar er også erfaringar informant C skildrar i intervjuet. Ei rolle i høve til dei tilsette, der musikkterapeuten motiverar dei til å bruke sine musikalske ressursar. Det er ikkje snakk om at dei tilsette skal gå ut av t.d. legerolla si, men bruke høvet til å tilføre noko ekstra i situasjonen. Med dette fortel informant C at det oppstår eit høve til samspel mellom musikkterapeuten og personalet, som igjen kan påverke relasjonen til familien som er i nærleiken. Informant C skildrar også ei rolle som organisator av musikalsk utøving blant personalet. Eit personalensemble på tvers av avdelingane som førar med seg positive ringverknadar.

C: Eit personalensemble på tvers av avdelingane og personar med ulik profesjon som i utgangspunktet ikkje kjente kvarandre, har vore eit bevisst arbeid frå første stund. Å verte kjent via musikken førte til at me undervegs byrja å samarbeide også fagleg. Det fungerte som ein type lim som prøvar å skape samarbeid på tvers i ein veldig stor klinikk, men det er ein utfordring å få til. Personalensemblet vart også noko som samla dei ulike avdelingsgruppene fordi me lagde lunsjkonserter og spelte på t.d. julebord, kor alle avdelingane kom for å høyre på sine. Det førte til at alle fekk eit

eigarforhold til det. Så der hadde eg ei rolle som var konsentrert om personalet, men som indirekte fekk konsekvensar for pasientane. Ei meir organisatorisk og musikalsk ansvarleg rolle.

Informant A trekker også fram at å byggje opp ein praksis gjer at ein ofte må ta på seg ei ”business rolle”. Ein må formidle og selje faget ved å fokusere på det teoretiske og gjerne vise til truverdig forskning.

4.1.2 Rolleforvirring

I denne underkategorien vil eg trekke fram nokre utfordringar informantane opplever i høve til å ta ulike roller og veksle mellom desse. Informant B fortel om ei sterk kjensle av rolleforvirring.

B: (...) eg kjenner jo at eg vert litt rolleforvirra sjølv. Eg kan gå inn i eit rom å vere litt usikker på kva eg egentleg presenterer. Av og til seier eg berre ”har du lyst å halde på med noko?”, medan andre gongar går eg inn å seier ”eg veit at du kjem til å gå igjennom fleire fasar, og eg kjem til å kome inn dei dagane som er dårleg også”. Det er ei heilt anna rolle å gå inn i, og eg trives jo egentleg best med den siste som på ein måte er ryddigare for meg sjølv.

Når ein vekslar mellom ulike roller er det viktig å ta seg tid mellom kvar av dei, framhevar informant B. Dette for å halde det ryddig både for seg sjølv, men først og fremst for borna. Ein må tenkje reint praktisk på kva utstyr ein eventuelt tar med inn på pasientromma. Informant B legg vekt på at til dømes frosk på øyret eller musefletter kanskje ikkje er like passande å ta med inn til ein ungdom som det er hos ein toåring.

B: For å rydde litt så må eg ta den tida for å ”tune” meg inn på ”kva er det eg kjem her å tilbyr no?”. Og nokre gongar så føler eg at eg har vert fjollete. Eg har gått inn i eit rom kor eg har tenkt ”korleis vart dette? Dette vart jo veldig surrete”. Dette er fordi eg ikkje har vore klar nok sjølv på kva det er eg går inn for å gjere akkurat der og då.

Ei musikkrolle oppstår i det musikkterapeutiske arbeidet til informantane, men i større og mindre grad. Informant B fortel om eit ynskje om å kunne ha eit høve til å ha meir fokus på det å vere ein muskar i spesielle samanhengar. Lang erfaring og eit stort musikalsk repertoar gjer det utfordrande å prioritere tida og finne ein balansegang mellom det å vere ein musikkterapeut versus ein muskar.

B: Eg har samstundes fått meir lyst til å fordjupe meg i kunstfag. Eit stadig ynskje om å få vere endå meir musikal og handverkar, for det er noko eg vert frustrert over rollen apropos. Eg klarer ikkje sjølv å legge inn nok tid til å heve mine eigne musikalske prestasjonar på eit nivå som eg eigentleg skulle ynskje dei hadde vore. For eg berre leverer, leverer og leverer heile tida.

I: Ja, på grunn av tid eller...?

B: Ja, og anna fokus.

I: Men når du føler at du tar den musikarrolla, oppstår det ofte at du føler ei meir musikarrolle enn ein musikkterapeut?

B: Nei, for sjeldan, det er eigentleg meir det. For når eg t.d. fyller musikkstunder i det opne fellesrommet, så bruker eg ikkje noko tid på å forberede det. Eg flyter på mi eiga improvisatoriske evne, og det at eg kan ekstemt mange songar. Eg fyller ein time per veke, så det er klart eg går vanvittig lei av mine eigne spor, og eg kunne ynskje at eg berre kunne bruke litt meir tid på å t.d. lage eit anna arrangement på nokre av låtane, men den tida har eg ikkje.

Informant C snakkar og om opplevinga av å vere musikkterapeut versus sjukehusmusikal. Sjukehusleinga har, i denne informanten sitt tilfelle, ynskt at musikkterapeuten skal bidra på ulike arrangement på sjukehuset. Dette kan føre til at det oppstår usikkerheit rundt musikkterapeuten sine tilsetjingsforhold, men det kan også føre til positive ringverknadar for musikkterapeuten som fagperson.

C: (...)Altså mi oppleving av å ha vore så offensiv i å vere musiserande i sjukehuset både då i min stilling som musikkterapeut, og samstundes noko som har vorte forstått av andre også som ein sjukehusmusikal. Mange her på sjukehuset trur også at eg er tilsett som sjukehusmusikal, fordi dei opplever meg i mange samanhengar også som musikal. Eg opplever at det har vore veldig positivt for å i neste omgang bli henta inn som fagpersonen musikkterapeut. Eg opplever at det har gjeve ein type autoritet til at musikk er noko ekstra, noko som løftar opp og gjev nye krefter. Eg har opplevd at rollen min som sjukehusmusikal i neste omgang har gjeve meg lyttande øyrer for når eg skildrar musikkterapeutisk arbeid, når eg blir henta inn i internundervisning der eg skildrar det eg gjer som musikkterapeut. Så vegen gjennom å ha fått kontaktar som musikal har i neste omgang gjort at eg har kunna formidla musikkterapi på det individuelle nivå og terapeutiske prosessar som eg har lagt fram i tverrfaglege samanhengar.

Informant C framhevar også at det å veksle mellom ulike roller gjer det utfordrande å vere nok tilstades i kvar rolle. Det er ei utfordring å alltid vere tilgjengeleg der det er størst behov for ein musikkterapeut, samt at rolla som sjukehusmusikal skapar ein utfordrande balansegang. Den utøvande musikarrolla som inngår i musikkterapeutstillinga til informanten kan skape ei utfordring i høve til å vere tilgjengeleg der ein som musikkterapeut bør vere involvert. Informant C reflekterer difor over at dersom ein hadde vore fleire musikkterapeutar hadde ein lettare fått dekkja både musikarrolla og musikkterapeutrolla på sjukehuset.

C: ja, mi hovudutfordring med at eg beveger meg mellom ulike roller er at eg ikkje er tilstades nok i kvar rolle. Slik at det kan bli fragmentert, både for meg sjølv, men også for miljøa slik at eg også då i mindre grad vert henta inn fordi eg er mindre tilgjengeleg. Det er difor veldig tydeleg for meg at noko av det viktigaste i den rollen eg har som musikkterapeut på sjukehuset er å vere tilgjengeleg. (...) Når arbeidsplassen min også ynskjer den musikkrolla, så er eg glad for det sidan det er naturleg for meg å ha den rollen. Det er snakk om ein balansegang, og akkurat no er eg i ferd med å avslutte ein periode kor vekta har vore litt for mykje på det å utøve musikk. Difor har eg eit ynskje om å få vikar når eg blir spurt inn i meir utøvande roller, men når ikkje avdelinga vel å prioritere det, så får eg eit dilemma knytt til å ta vare på det musikkterapeutiske arbeidet.

4.1.3 Fleksible arbeidsformer

Musikkterapeutane snakka i intervjuet om korleis dei praktiserar yrket sitt på sjukehuset.

Alderen til barnet, og om barnet har eit langtids- eller kortids opphald på sjukehuset pregar val av arbeidsform, som igjen førar til val av ulike roller. Dei tre informantane fortel om ein kvardag som er uforutsigbar og svært variert, og dei arbeidar alle både individuelt og i grupper. Informant B fortel spesifikt om tre hovudfokus. Dei individuelle timane, smågrupper og opne grupper som er nokså faste, samt eit blick på det miljøterapeutiske som er meir tradisjonar, ritual og samarbeid på huset. Alle dei tre informantane fortel om ulike arenaer i det opne rom, kor borna, foreldra og personalet deltek. Musikkstunder som skjer i det opne fellesrommet kan vere ein møteplass som gjerne vender seg reint musikalsk til litt større born og vaksne. Det kan t.d. fungere som ein open mikrofon og gjev eit høve til å fylle rommet med noko anna. Rommet får ein anna farge, og musikken vert ein del av huset sin rytme og identitet. Det gjev også eit høve til at personalet involverar seg på ulikt vis og vert ein del av musikken. Informant B fortel om eit spesifikt døme med to portørar som kjører forbi på sykkeltralle. Ved å ”plinge” i takt med ringeklokka kvar gong det er musikk i det opne fellesrommet, involverar dei seg, og folk legg merke til det. Det skjer noko med miljøet og stemninga i rommet. Slik involvering frå dei tilsette set informant B stor pris på, men ein draum om at det skal verte moglegheit for meir open mikrofon er framleis der. Det er eit par av dei tilsette som av og til tar ein song dersom dei går forbi når det er musikkstund i fellesrommet, men informant B ynskjer at det kunne vore endå meir av det.

Informant A fortel om deltaking frå personalet i t.d. eit husband og legg vekt på viktigheita ved at borna får sjå dei ”stive” legane i ein annan situasjon gjer noko med relasjonen og synet på dei. Det som skjer i dei opne romma kan også vere sentralt for å oppnå ein relasjon, skildrar informant B.

B: Eg tek ansvar for å prøve jobbe med relasjonar over tid. Eg pleier å kalle det at eg kastar ut slike fiskesnøre og haugar av krokjar for eg veit ikkje kor det kjem til å nappe. Eg prøvar å leggje til rette for å kunne ha ein byrjande relasjon til veldig mange, så det jobbar eg med i dei opne romma. Ein byrjande gjenkjennande relasjon som eg kanskje får bruk for eller kanskje ikkje får bruk for. Eg har eit utgangspunkt kor eg tenkjer at alle treng trygge, heimlege, gode relasjonar, også her. Noko som kan representere noko anna, det er vel kanskje tanken min.

Informantane fortel om erfaringar med å involvere foreldra og personalet i arbeidet deira. Å arbeide med det sjuke barnet betyr også å arbeide med heile familien, pårørende og det psykososiale miljøet rundt kvart enkelt barn. Informant A fortel i den samanheng om viktigheita ved at foreldra og pårørende deltar aktivt i det musikkterapeutiske arbeidet.

A: Særleg når ein er inne på eit rom og der er mor, far, bestemor, tanter og onklar, så skal dei sjølv sagt vere med. Slik at dei ikkje berre sit å ser på tv medan me sit å speler i eit anna hjørne. Eg prøvar å dra dei med og bruke barnet mest mulig til å vere den som inviterar dei med. Eg legg opp til at det er barnet som får lov til å styre den situasjonen, særleg når de gjeld kor mykje foreldra skal delta.

Dei aller fleste menneske likar musikk, og har eit forhold til musikk. Ein har gjerne difor eit godt utgangspunkt som musikkterapeut. Informant A reflekterer over musikkterapien sine mange moglegheiter og ulike terapeutiske tilnærmingar. Musikken kan mellom anna fungere som avsporing kor barnet får eit høve til å tenkje på noko anna enn sjukdomen, og musikklytting kan t.d. vere ei passande arbeidsform i nokre høve.

A: (...) Som musikkterapeutar er me heldige fordi det er så mange som likar musikk og dei er veldig positiv til å kome i utgangspunktet, nettopp fordi me har musikk. Eg hadde ein gong ein anorektikar som var svært dårlig, og som ikkje ville vere med på noko, og ikkje snakke med nokon. Det var berre mor hennar ho prata med, men faktisk så kom ho ein gong. Då sa mora at ho hadde prata om det veka før at ho gleda seg til å kome. Ho ville kome for å høre musikk, saman med meg. Då vert det fokuset, for det viktigaste er at ho klarer å kome og gjennomføre det.

Det skjer at det musikkterapeutiske arbeidet peikar utanfor sjukehuset og får kontakt med heimen, men det skjer i varierende grad, fortel informant B. Likevel skildrar alle dei tre informantane eit samfunns- og miljømusikkterapeutisk perspektiv i den samanheng at dei t.d. har laga cd med nokre av borna. At borna får eit produkt som dei kan vise til kameratane sine kan vere ein ressurs når dei kjem heim, vektlegg informant A. Informant C fortel om erfaringar kor samarbeid med heimstaden og eit økologisk perspektiv er i fokus.

C: (...) Eg har erfaringar kor me har starta noko her, også vidareførast det til heimemiljøet fordi barnet får tydelegvis mykje igjen for å vere i musikk og utvikle seg i musikk. Det kan også vere eit type samarbeid kor ein jobbar vidare med det barnet har gjort heime, på sjukehuset. Eg har også hatt oppfølgingar her kor me har søkt barnet inn i kulturskulen på særlege vilkår, med grunnlag i det som prosessen her har fortalt. Ein musikkterapeutisk evalueringsrapport kan også gje eit grunnlag for at det skal tilretteleggast i kulturskulen for det barnet.

4.2 Musikkterapeuten i eit medisinsk system

Denne kategorien omhandlar musikkterapeuten sine opplevingar av å vere ein del av eit medisinsk system. Musikkterapi er eit verktøy og eit viktig alternativ til det medisinske fokuset på sjukehuset. Likevel er ikkje musikkterapeuten sine arbeidsoppåver definert av systemet, og informantane må då difor definere dei sjølve. Den udefinerte rolla til musikkterapeuten fører til utfordringar i systemet, trass i at det også går føre seg positivt tverrfagleg samarbeid. Korleis informantane ser på rolla si i høve til det medisinske systemet, og korleis deira rolle utspelar seg i systemet, vert difor utdjupa i underkategoriane: *Sjukehuset som arena, Tverrfagleg samarbeid og Manglande system og struktur.*

4.2.1 Sjukehuset som arena

I eit medisinsk system er det mange behov og sentralt i denne underkategorien vil difor vere musikkterapeuten sine ansvarsområde i den medisinske konteksten. Det medisinske systemet kan til tider vere eit nokså rigid system, og fokuset er sjeldan på dei ikkje medisinske tenestene som musikkterapeuten kan tilby, seier informant A. Som musikkterapeut byrjar ein ofte på bar bakke og må finne ut av ting på eiga hand. Ein må stå på eigne bein og kan gjerne føle seg litt åleine. Utfordringar i det medisinske systemet kjem i stor grad av ulike og ofte uklare oppfatningar av kva ein musikkterapeut er. Musikkterapi kan mellom anna vere med å skape normalitet inn i sjukehuskvardagen til borna.

A: (...) Ja, det fine med musikkterapien er at me kan gje dei eit reiskap. Når eg er inne på eit rom saman med barnet og familien, så tenker eg at dei kan få ei oppleving saman som familie. Ei oppleving som er litt normal. Dei kan få oppleve eit samhald gjennom musikken, og at barnet får lov til å vere den som leiar, kjenner til instrumenta og er den som kan dette. Det kan vere ei stor oppleving for barnet, men også for mor. Dei får eit høve til å gjere noko positivt saman som familie, for det er det dessverre ikkje så mykje av på sjukehuset. Mykje av fokuset er på sjukdom og prosedyrar, så ei oppleving av å gjere noko hyggelig saman er veldig viktig.

Som tidlegare nemnt må musikkterapeutar på barneavdeling ofte definere ansvarsområda sine sjølve, fortel informant B. Musikkterapeuten er eit av fleire verktøy, og informant B opplever

at ansvarsområda hans/hennar er å ta vare på det rituelle fellesrommet, samt eit ansvar for ein normalkultur.

B: Eg har ansvar for ein normalkultur, som er dei gruppene og musikkstundene som skjer i fellesrommet. Eg tenker at eg har eit ansvarsområde kor eg er eit av fleire verkøy som kan brukast inn i psykososiale samanhengar, primært. Samt at eg må ta ansvar for å vise andre kva eg kan bidra med, difor er dei tverrfaglegemøta heilt fantastiske, for der kan eg få brukt min tankegang også på pasientar eg ikkje er inne hos.

Det er ikkje berre det medisinske som gjer at barnet overlever som er viktig, men også korleis barnet har det på vegen. Å ta vare på barnet undervegs i sjukehusopphaldet er sentralt for musikkterapeuten sitt arbeid i det medisinske systemet. Informant C legg vekt på eit psykososialt ansvar. Musikkterapeuten har eit ansvar både i høve til det individuelle, men også det fellesskapet dei lever i under opphaldet på sjukehuset.

C: eg har eit ansvarsområde på det psykososiale plan, hos både borna og familien, og det fellesskapet dei er ein del av her. Det å bu på same stad, ha rom ved sidan av kvarandre og ete i same rommet. Dei går i dei same gongane, så eg opplever eit ansvar overfor både det individuelle og det fellesskapet dei lever i her på sjukehuset.

På barneavdelinga er det fleire av dei tilsette som har musikalske ressursar, men som den einaste med musikkkompetanse som ein del av stillinga, har ein som musikkterapeut eit naturleg ansvar for det musikalske miljøet, meiner informant C.

C: (...) det går både på det miljøet som til ein kvar tid klinger i lokala her, men også det cd biblioteket som foreldra og personalet kan hente musikk i frå. Dei har eit ansvar for å lage eit lydmiljø rundt borna i ein framand situasjon som dette er. Her er eg ikkje nødvendigvis direkte involvert med rettleiing, men eg bidrar ved å byggje opp eit inspirerande og bredt utval av musikk som er tilgjengeleg for familien.

Som ein del av det medisinske systemet kan musikkterapeuten også ha ein direkte funksjon i høve til dei tilsette. At dei tilsette også kan oppleve musikken som ein positiv ressurs er heilt tydeleg. Informant A skildrar ei spesiell hending kor musikkterapeuten vart henta inn for å redusere stress blant dei tilsette.

A: Det var fleire gongar leiaren på avdelinga sa: "Me er så stressa, kan ikkje du spele litt for oss?". Så då hendte det at eg hadde litt morgonmusikk, kor eg sat meg i ein sofa midt i gangen, før borna hadde stått opp. Det var gjerne slik skytteltrafikk, kor alle sprang rundt for det var så mykje som skulle ordnast med medisinar og diverse før alle stod opp. Så sat eg der åleine og spelte litt forsiktig morgonmusikk, medan nokre av dei tilsette kom med kommentarar som t.d. "Å, takk skal du ha!".

Sjukepleiarane fekk eit anna tempo når dei hørte musikken, og som igjen genererte til at borna kom ut av romma sine, for dei hørte at det var nokon som spelte ute i korridoren. Nokre av foreldra gav også sterkt uttrykk for at det var bra at eg sat der, for viss ikkje hadde ikkje dei kome seg ut av senga.

4.2.2 Manglande system og struktur

Informantane skildrar manglar på system og struktur i arbeidet sitt som musikkterapeut på sjukehus. Informant B fortel om ulike utfordringar kor musikkterapeuten ofte må jobbe for å verte involvert i det medisinske systemet. Å finne måtar å prioritere godt på, er noko informant B arbeidar med å utvikle eit betre system for. Det handlar om å vere på riktig stad til rett tid, for det er ikkje alltid like lett å kome inn der kor ein skjønner at ein burde vore involvert. Det er ganske mange ulike utfordringar knytt til dette, men det er noko informant B stadig jobbar med, å på ein måte spisse, eller sentrere seg inn.

To av informantane fortel om eit manglande tilvisningssystem. Ein av informantane skriv i elektronisk journal, men må skrive under tittelen pedagog. Dette er fordi eit eige musikkterapidomene kostar for mykje og grunna dette kan musikkterapeuten difor ikkje få elektronisk tilvisning. Ein kan jo her undre seg om eit manglande musikkterapidomene kan føre til den rolleforvirringa omtalt tidlegare i analysekapitlet. Mangel på elektronisk tilvisning fører difor til at informanten må lage eigne løysingar og system ved hjelp av eit eige tilvisningsskjema, men dette er framleis ganske nytt. Informant C er under eit tilvisningssystem som tilsynelatande ser ut til å fungere, men fortel likevel om fordelar og ulemper ved det.

C: (...) tilvisningar er bra og viktig, og det gjer noko med det tverrfaglege samarbeidet at du er innanfor eit tilvisningssystem som eg jo er. Å vere på sjukehuset i korte periodar gjer at tilvisningar ikkje kjem via møter eller mellomledd, men kjem direkte som eit behov frå barnet og familien, eller frå ein pleiar. Når eg er tilgjengeleg og i nærleiken for det, så gjer eg det og det er då eg gjer ein god jobb. For ein kan strukturere seg heilt vekk i frå den type tilgjengelegheit, og då mistar ein noko grunnleggande føler eg i høve til det som er litt av særpreget med å jobbe med born på sjukehus.

Ein musikkterapeut i eit medisinsk system er på mange måtar sin eigen herre. Trass i at musikkterapeuten er med i tverrfaglege samarbeid, arbeidar ein mykje åleine.

Arbeidsoppgåvene er ikkje definert av systemet, så dei må ofte musikkterapeuten definere sjølve. Informant B gjev uttrykk for å ha reflektert over rolla si i systemet i lengre tid, og har eit ynskje om tydelegare system og struktur i arbeidet sitt.

B: (...) "kvifor er eg i akkurat denne situasjonen?", det har eg tenkt veldig mange gongar på, utan at eg vert noko klokare. Eller eg vert klokare, men eg kjem ikkje vidare i det, føler eg. Det handlar nok mykje om korleis eg er som person. Eg likar å halde på sjølv, for eg er nok ganske kreativ og frisinna i hovudet på mange måtar. Samstundes som eg ikkje har sjølvtrillit nok til å stå heilt og fullt i det. Eg ynskjer meg meir styring, samt meir system og struktur. Og så har eg skaffa meg ein jobb kor eg må vere min eigen herre, og det har eg lurt på kvifor i all verden? Du som verkeleg treng backup, og så skaffar du deg ein jobb kor du ikkje får det i det heile. For eg føler at eg treng mykje meir støtte og eit team rundt meg. Eg trur eg kunne fungert betre i jobben, viss eg hadde vore i større grad ein del av eit team, kor arbeidsoppgåvene var definert og det var mindre opp til meg sjølv. Samstundes så er eg i det, og det er nok litt av den fridomstrongen min og den personlegdomen som gjer at kvar gong eg kjem inn i boksen så skal eg ut av den, men når er eg ute så vil eg inn igjen. Altså, eg blir ikkje heilt ferdig med det der. Og det trur eg gjenspeglar også litt av det surret som eg har i dei ulike rollene, for eg vil det eine og så vil eg det andre, fordi eg har begge sider sterkt i meg.

Når arbeidsoppgåvene ikkje er definert og det musikkterapeutiske arbeidet i så liten grad er strukturert på eit fagsystemisk nivå, så vert det heller ikkje stilt noko krav til musikkterapeuten. Dette opplever til tider informant B som svært frustrerende. Informanten lurar stadig på "kva som er meg og kva som er systemet" av både det som fungerer og det som ikkje fungerer i arbeidet.

B: Eg har tenkt at eg har gjort meg sjølv ei bjørneteneste ved å jobbe her. Fordi denne staden fordrar så lite av meg på fagsystemisk plan. Det er ingen som krev noko av meg fordi det er så uryddig, eller fordi eg må definere meg sjølv i så stor grad. Eg trur at det speler opp mot sider, surrete og rotete sider av meg sjølv som eg har, men som ikkje er berre det eg har. Dersom eg hadde vore inni eit anna system, så hadde eg sannsynlegvis utvikla andre sider av meg sjølv som fagperson. Så eg spør stadig meg sjølv om: "er det meg, eller er det systemet, eller er det ei god blanding?"

I: Ja, føler du at du får noko svar på det?

B: Nei, eg får ikkje heilt svar på det..

I: Er det frustrerende?

B: Ja, eg syns det er kjempefrustrerende. Til tider er det veldig frustrerende og andre tider til å leve med, men det går veldig opp og ned.

Informant B legg vekt på at mangel på struktur kan vere utfordrande når det er så mykje som flyt i bilete av korleis du ser på deg sjølv og korleis andre ser på deg. Det kan gjere det vanskeleg for andre å forstå kva ein faktisk heldt på med. Trass i dette har det skjedd ei systemisk utvikling. Eit eige tilvisningsskjema, som tidlegare nemnt, er eit døme på å skape meir systematisk struktur i det musikkterapeutiske arbeidet. Eit anna døme på dette er at informanten vart henta inn for å halde eit foredrag ved ei vidareutdanning for psykologar. Vidare fortel informant B om eit ynskje om ein samanfatta mal om korleis ein arbeidar på

sjukehus i Noreg, kor det som fungerer av organisering og det ein har sett og erfart ikkje fungerer, kjem fram.

Musikkterapeuten har ei udefinert rolle, men rutine kan vere med å skape struktur inn i arbeidet. Likevel er informant B avhengig av at stillinga vert meir definert av systemet for å kunne klare å halde fram med arbeidet i åra som kjem.

B: Å vere ein betre integrert del av nokon som kan fortelje meg kva eg skal gjere, for eg trur ikkje at eg orker å halde det oppe når det stormar over mange tiår. (...) Eg har nokre rutinar som gjer det lettare å vere på jobben no enn det var for meg for nokre år sidan. Eg er til dømes på alle isolat, men viss det vert betre og fleire slike rutinar vert det enklare og halde det oppe trur eg. Då kan eg sjå for meg at det går an å stå i det, dersom det vert meir definert, ikkje berre av ein sjølv. For det er jo i systemet og har vore det lenge, men på strukturelt plan. For sjølv etter mange år, er me jo framleis på vippen.

Dette temaet førar meg vidare til neste underkategori som handlar om informantane sine erfaringar med tverrfagleg samarbeid.

4.2.3 Tverrfagleg samarbeid

B: (...) dette er eit veldig stort hus og musikkterapi er ei eiga øy i systemet for veldig mange. Ei eiga øy som mange ikkje veit at finst ein gong. Samstundes så har me nokre avdelingar kor me er godt integrert, så det er veldig forskjellig frå avdeling til avdeling. Det er ei avdeling kor me er best integrert og har vore best integrert heile tida. Der fekk me også først tverrfagleg involvering, og no i haust så har det begynt i etasjen under. Eg prøver å la det vere ein modell for korleis eg ynskjer å jobbe.

Trass i eit ynskje om meir system og struktur frå nokre av informantane som eg presenterte under 4.2.2, snakkar alle dei tre informantane om positivt og fruktbart tverrfagleg samarbeid. Dei deltek alle tre på tverrfaglege møter kor mellom anna lege, sjukepleiar, psykolog, fysioterapeut, sosionom, ernæringsfysiolog, pedagog og leiketerapeut er involvert. Slike tverrfaglege møter fungerer som ein tilvisningsinstans i høve til å få hjelp til den prioriteringa informant B opplever som ei utfordring i systemet.

Informant A fortel om eit spesifikt møte og eit praktisk samarbeid med ein av dei tilsette. For musikkterapeuten var opplevinga av å verte godkjent svært sentralt i dette samarbeidet.

A: (...) det var ein sjukepleiar som hadde gått rundt å byssa på eit barn heile dagen, men ho klarte ikkje å roe det ned. Då eg kom fekk eg lov å sitje ved sidan av ho, og etter at eg hadde spelt i ca ti minutt sovna jenta som berre det. Då sa sjukepleiaren: "For du

skjønner, eg har ikkje heilt trudd på deg". (...) Då var dette på mange måtar siste utveg for denne sjukepleiaren. Ho hadde prøvd nesten alt, men så kom eg og musikken fungerte. Då har ein dei med på laget med ein gong, for når dei sjølv har opplevd det så tydeleg, forstår dei at det verkeleg har noko for seg.

To av informantane fortel om eit nært samarbeid med leiketerapien. Informant A skildrar eit tett samarbeid med både leiketerapeutane og pedagogane på sjukehuskulen, og ser på mange måtar på dei som sine næraste kollegaer.

A: (...) Me er litt i same båt, på den ikkje-medisinske sida.

Informant C skildrar eit primært samarbeid med leiketerapien som opne gruppetilbod kor dei møter borna i det spontane samspelet som skjer der. Dei samarbeidar også dagleg rundt det individuelle arbeidet dei gjer inne på romma, dersom det er nokre born dei kan samarbeide rundt. I tillegg har informant C eit samarbeid med fysioterapeutar og ergoterapeutar i enkelte oppfølgingar. Informant A fortel om eit positivt tverrfagleg samarbeid med fysioterapeutane, kor det ofte er dei som tek initiativ. Dette kan t.d. vere dersom dei arbeidar med eit barn der dei kjenner eit behov for å vere fleire. I nokre tilfelle kan det og hende at timeplanen til borna er så full at det ikkje er rom for å kome kvar for seg. Informant C legg vekt på at internundervisning og tverrfaglege møter er alfa omega for å få merksemd og forståing for det musikkterapeutiske arbeidet som skjer inne på pasientromma. Dette trass i at musikkterapeuten der deltek i elektronisk journal.

4.3 Musikkterapeuten sine opplevingar av yrkesidentitet

Denne kategorien omhandlar informantane sine refleksjonar over sin eigen yrkesidentitet. Det kom fram av intervjuet at personlegdom påverkar yrkesidentiteten til dei tre informantane i svært stor grad, og korleis ein utøvar faget er difor nokså personavhengig. Informantane fortel om å måtte presentere og formidle faget grunna lite kjennskap til faget og stor utskifting blant dei andre tilsette. Dersom ein står sterkt som fagperson oppnår ein anerkjenning hjå dei ulike profesjonane på sjukehuset. Underkategoriane, *Musikkterapeuten som fagperson* og *Formidling av profesjonen*, vil dermed belyse musikkterapeuten sine opplevingar av yrkesidentitet.

4.3.1 Musikkterapeuten som fagperson

Her reflekterer informantane over seg sjølv som fagperson. Informant A fortel om erfaringar som tilseier at det har vore svært nødvendig å bygge den faglege personen for å oppnå

anerkjenning og respekt blant dei tilsette. Dette ved å vere tydeleg på mellom anna tverrfaglege møter. Informant C skildrar ei kjensle av anerkjenning i varierende grad. Familiane og delar av personalgruppa anerkjenner det musikkterapeutiske arbeidet, men det gjeld dessverre ikkje alle. Å arbeide i det opne rom versus det lukka pasientrommet er ulike aspekt ved dette, fortel informanten.

C: Ja, det eg gjer i dei opne romma, det høyrst og det merkast, og det oversettes hos kvar enkelt som eg har skildra tidlegare. Så der kjem det ganske enkelt til ein status knytt til at det skjer noko som beveger oss alle. Det musikkterapeutiske arbeidet eg gjer på romma, det forblir lukka eller isolert på romma, dersom eg ikkje tar ansvar for å formidle det inn. Eg skriv jo i elektronisk journal, men det er veldig varierende kven som les og oppdaterer seg der. Så i høve til å verte kjent med kva som føregår, så fungerer ikkje elektronisk journal.

På nokre avdelingar har det vore lettare å verte fagleg akseptert, fortel informant A. Å kunne vise til fakta og forskning svart på kvitt har vore vesentleg i den samanheng. Lite kjennskap til faget kan føre til at det tar litt tid før ein vert akseptert som ein fagperson med eit eige fagfelt. Når det kjem fram at musikkterapi er ei 5-årig masterutdanning, vert nokre av dei tilsette litt overraska. Dei ser som oftast musikkterapeuten sitjande på golvet med gitaren, kor leik er ein sentral del av arbeidet. Å sjå linken mellom det og alle dei teoriane ein som musikkterapeut har lese, kan nok vere vanskeleg å forstå.

Informant B snakkar om manglande innpass i andre fagmiljø. Ein har gjerne nokre støttespelarar på ”den andre sida” som fortel at det er ein viktig jobb musikkterapeuten gjer, men det er ikkje forbunde noko status med det. Dette opplever informanten som svært frustrerende og det krev ein god del å halde det oppe for seg sjølv. Manglande innpass i andre fagmiljø går gjerne på sjølvkjensla laus etter kvart, og førar til ei kjensle av ein splitta fagperson.

B: (...) eg føler meg kanskje litt splitta mellom det helsefaglege og det kunstfaglege. Det å vere slik mellom barken og veden, det syns eg ikkje sjølv er noko lett å balansere i, men eg veit ikkje kva me kunne gjort med det. Du må spørje Even Ruud, det er han som kan slike strukturerte system, men eg kjenner til problematikken i vert fall.

Informant B omtalar ei spesifikk avdeling der det er etablert tilstrekkelege strukturar som fungerer som eit system i miniformat. Å vere anerkjent som ein del av eit slikt system, gjev informanten eit høve til å senke skuldrene, og ei kjensle av å vere fagperson. Likevel kan informanten til tider oppleve at fagpersonen kjem og går.

B: Det går opp og ned. Eg har mange dagar kor eg går heim og seier: "Kva i all verden er det eg heldt på med?". Samstundes så er det mindre dumt for meg no enn det var for nokre år tilbake. For eg har vore gjennom så mange opp og ned rundar at eg veit at sannsynlegheita for at det går opp igjen neste veke er stor.

Informant C kjenner også på ei kjensle av ein splitta fagperson. Samstundes som fagpersonen står sterkt er det ei utfordring å halde fokus og konsentrasjon når ein vert henta inn i ulike roller. Eit ynskje om å vere fleire musikkterapeutar på barneavdelinga står sterkt for å kunne strekke til der det er behov. Informant B fortel i intervjuet om ei kjensle av at musikkterapifaget ikkje overbevisar med åra.

B: Nei, eg vert ikkje meir overbevist av faget musikkterapi med åra. Det har eg ikkje sagt til så mange. Eller det seier eg ikkje i musikkterapikursar, men det er faktisk sant. Eg veit veldig godt kva eg likar ved det og kva ved verktøyet eg trur på, men eg veit også kva som av og til ikkje er viktig for meg. Så eg er ikkje sikker.

4.3.2 Formidling av profesjonen

Denne underkategorien viser at formidling av musikkterapiprofesjonen er ein stor og viktig del av det musikkterapeutiske arbeidet med born på sjukehus. Informantane må sloss for å bli integrert, samt presentere og forsvare faget.

A: (...) Ein må inn å selje faget og vere endå meir på det teoretiske. Nokre avdelingar har det for meg vert veldig viktig å kome med forskning som har vist at dette faktisk har noko å sei. Eg har vore veldig heldig med at det er ein overlege der som var veldig overbevist før eg kom, om at musikk hjelper for dei små. Så han har vore ein kjempestøtte og fagleg tyngde som har gjort at eg på ein måte har kome så lett inn i det. Kvar dag må eg likevel forklare kvifor eg gjer det eg gjer, så ting tar tid. Ein lærer seg dermed ei lekse, slik at ein på eit minutt ha sagt det viktigaste for at dei skal forstå.

På eit sjukehus er det svært mange som arbeidar, og det er ofte stor utskifting blant dei tilsette. Dette skapar eit behov for å formidle profesjonen og bevisstheita rundt faget nokså jamleg. Å formidle faget og undervise nytilsette vert difor ein viktig del av jobben til informantane.

B: Dei som kjenner meg, og der musikkterapi er godt integrert, dei veit at eg gjer andre ting inne hos ungdomar enn inne hos 1-åringar. I den grad det er problematisk er i høve til nytilsette, og folk eg ikkje har noko felleserfaring med. Det har difor vorte ei rutine at eg er underviser nytilsette kvar haust. Eg er inne og fortel litt om arbeidet, slik at dei får sjansen til å verte litt kjent med faget. Likevel høyrer eg kvar veke "Å ja, skal du ut å underhalde no?", "Nei, eg er meir opptatt av det som skjer mellom oss, og eg håper at me skal få gjort noko saman", pleier eg å sei då. Eg veit ikkje kor

mykje utslag den bolka i starten gjev, for eg syns jo at det beste er å få fellespasientar, kor ein har felleserfaringar, for då skjønner ein det på ein heilt anna måte. (...) Samstundes er eg ganske aktiv på å gå til sjukepleiarar i etterkant og dele mine tankar og erfaringar, for eg prøvar heile tida å jobbe opp deira bevisstheit.

Informant A fortel om fagdagar som gjev eit høve til å fortelje kort og konsist om kva musikkterapeuten gjer og kvifor. Det er ein læringsprosess for dei andre profesjonane å verte kjent med musikkterapifaget, skildrar informant C. Ein er avhengig av å fremje faget, og det opplever informant C at aldri går over.

C: Det er noko i systemet her som gjer at den rolla av å marknadsføre dei musikkterapeutsike individuelle oppfølgingane aldri går over. Sjølv etter alle desse åra er det eg som må stå for det, og det er ei utfordring når det heldt fram over lengre tid. Det er krevjande, men min måte å overleve det på, er å fokusere på det havet av samarbeidspartnarar ein får. Eg allierer meg med dei som har eit ope syn og eit høve til å ta inn meir enn sine egne arbeidsoppgåver og fokus. Å skape alliansar som sprer seg i nettverket, trur eg er ein veg å gå.

Informant C fortel likevel at det har skjedd ei positiv utvikling av å anerkjenne musikkterapeuten som ein fagperson på barneavdelinga. Det er fleire andre fagpersonar som formidlar musikkterapeuten som eit mogleg tilbod på barneavdelingar, dei gongane musikkterapeuten ikkje er tilstades. I byrjinga var det kommentarar som ”ja du driv vel berre med hygge og glede, du driv vel ikkje med slike psykologigreier?”. Informanten opplever ikkje slike kommentar i dag, men faget er likevel anerkjent i varierende grad. Prioritering av faglege presentasjonar er nødvendig, men for lita tid avgrensar høve til dette. Difor står eit ynskje om ein ekstra musikkterapeutstilling svært sterkt hos informant C.

Informant B undrar seg over om eit samarbeid med musikkterapistudiet er ein veg å gå for å etablere faget på sjukehuset i større grad enn det er per dags dato.

B: Kanskje det hadde vore mogleg å hatt eit samarbeid med studiet, samt andre studieløp. Slik at ein som musikkterapeut kunne spesialisere seg, for å kome innanfor kodane, reint formelt. Eg har vorte opptatt av det formelle. For dersom du skal søkje ein jobb i t.d. barne- og ungdoms psykiatri, så må du jo ha tilleggsutdanning. Even Ruud har jo i årevis snakka om at det er så mange godt utdanna musikkterapeutar, men no har eg skjont at det er jo fordi ein må ha trippelutdanning, for å kome innanfor dei felte ein ynskjer seg. Det er ikkje nok med berre ei utdanning.

5.0 DRØFTING

I masterprosjektet mitt har problemstillinga lagt til grunn for forskingsprosessen og utforminga av oppgåva. Eg vil difor starte med å minne om problemstillinga for denne oppgåva.

Korleis opplever musikkterapeutar som arbeidar med born på sjukehus i Noreg sin profesjonalitet i høve til dei ulike rollene dei kan ha i denne konteksten?

Gjennom intervju med tre musikkterapeutar som arbeidar eller har arbeida på sjukehus i Noreg har eg forsøkt å svare på denne problemstillinga. For å best mogleg svare på dette valte eg å ta med to forskingsspørsmål, og desse har vore med å prega arbeidet.

- *Korleis tar musikkterapeuten i bruk kompetansen sin i dei ulike rollene?*
- *Skapar dei ulike rollene positive ringverknadar, eller vert dei opplevd problematiske?*

Før eg går vidare med dette kapittelet vil eg gje ei kort oppsummering av dei tre hovudkategoriane som kom fram i analyseprosessen. Kategorien *Musikkterapeuten som utøvar av musikkterapeutisk praksis*, viste at musikkterapeutane tar i bruk ulike arbeidsformer, og veksler mellom ulike roller. Å arbeide inne på eit lukka pasientrom skapar naturlegvis ei anna rolle enn dersom ein står i det opne fellesrommet, kor heile sjukehusmiljøet er involvert i musikkterapien. Kva oppfatning og forståing musikkterapeuten får for sine roller endrar seg dermed der etter. Å veksle mellom ulike roller kan føre til at det oppstår rolleforvirring både for ein sjølv som musikkterapeut, men også for dei andre tilsette som skal forstå og gjere seg kjent med musikkterapeuten si rolle i systemet. Kategorien *Musikkterapeuten i eit medisinsk system* legg vekt på at musikkterapien på mange måtar skil seg frå dei andre profesjonane i det medisinske systemet. Dette ser ein i form av ei udefinert musikkterapirolle, samt udefinerte arbeidsoppgåver, som igjen førar til at musikkterapeuten må definere ansvarsområda sine sjølve. Ei todelt kjensle av å på den eine sida oppleve mangel på system og struktur, medan det på den andre sida førekjem positivt tverrfagleg samarbeid, er kvardagen til musikkterapeutane på barneavdelinga. *Musikkterapeuten sine opplevingar av yrkesidentitet* var den siste av dei tre kategoriane. Denne omhandlar musikkterapeutane sine egne opplevingar, men også systemet sine opplevingar av musikkterapeuten som fagperson, kor formidling av profesjonen er særskilt viktig for å oppnå anerkjenning og respekt for både fagpersonen og musikkterapiprofesjonen.

Dei tre hovudkategoriane kan dermed oppsummerast på eit personnivå og eit systemnivå. Informantane sine opplevingar og behov av å måtte forstå si eiga rolle i systemet kjem tydeleg fram. Spørsmål som ”kven er eg, og kva er mi rolle i systemet?” dukka difor opp i intervjuet, og dette pregar det musikkterapeutiske arbeidet til informantane. På den andre sida må systemet forstå kva ein musikkterapeut er, og kva det musikkterapeutiske arbeidet inneber. Den udefinerte rolla som musikkterapeutar har i det medisinske systemet fører difor til at ein som musikkterapeut må formidle faget og skape ei bevisstheit rundt kva musikkterapeuten si rolle er. Ein må dermed sjå på både den individuelle musikkterapeuten, samt systemet som musikkterapeuten er ein del av.

I arbeidet med teorikapittelet og undervegs i analyseprosessen og arbeid med kategoriane oppstod det nokre tydelege drøftingstema. Dette er ulike tema som kom av dei mange utfordringane og moglegheitene ein som musikkterapeut har i eit medisinsk system. Det er nokre tema som går igjen i dei ulike kategoriane, og eg har difor valt å dele drøftingskapittelet inn i følgjande delar: *struktur versus fagleg fleksibilitet, rolleforvirring versus fagleg identitet, og tilslutt fagleg isolasjon versus tverrfagleg samarbeid*. Eg vil no forsøke å ta eit steg tilbake og drøfte problemstillinga i lys av min empiri og den utvalte litteraturen. Eigne erfaringar og tankar knytt til dette tema vil også verte vektlagt.

5.1 Struktur versus fagleg fleksibilitet

Sjukehuset er eit strukturert system mellom anna gjennom juridiske, formelle og politiske regelverk, og fokuset er sjeldan på dei ikkje medisinske tenestene som musikkterapeuten kan tilby. Musikkterapi er ein profesjon som ikkje går inn under alle strukturane som er fastsette i ein slik tradisjonell helsesektor. I intervjuet gav informantane dermed uttrykk for at dei ynskte seg meir system og struktur i stillinga si på barneavdelinga. For lite struktur kan skape kaos, medan for mykje struktur kan føre til ein rigid praksis.

For mykje struktur vil kunne leggje avgrensingar på det musikkterapeutiske arbeidet. Ein må då gjerne ha tilvisning for alt ein skal foreta seg, og det kan kanskje hindre musikkterapeutane sin fridom til å ta i bruk ulike roller i arbeidet sitt. Strukturen kan dermed verte avgrensande for praksisen, og tvinge musikkterapeutane inn i t.d. medisinsk musikkterapi, eller ein kunstnarrolle kor dei kanskje mistar den sentrale fleksibiliteten som er vesentleg i musikkterapeuten sitt arbeid. For lite struktur skapar fort kaos rundt musikkterapeuten sin yrkesidentitet og arbeid. Me veit at som musikkterapeut på sjukehus har ein ikkje

yrkesautorisasjon, men som ein del av systemet er ein likevel tilslutta helsepersonellova. Tilvisningssystem er etablert i varierende grad på dei norske barneavdelingane, og det same gjeld det å delta i strukturar som t.d. samarbeidsmøte. Manglande arbeidsbeskriving førar til ei udefinert musikkterapirolle, kor arbeidsoppgåvene ikkje er konkretiserte. Systemet og strukturen på sjukehuset skapar utfordringar i høve til ”kampar” om t.d. stillingskodar og journaltilgang ein som musikkterapeut gjerne må ta. Trass i alle dei organisatoriske og systemiske strukturane som manglar, er musikkterapi likevel ein del av det medisinske systemet.

Når det gjeld diskusjonen om kor vidt musikkterapi bør vere autorisert eller ikkje, er dette framleis uavklart per dags dato, då ein ikkje har fått svar på søknaden som vart sendt til Helse- og omsorgsdepartementet i april 2010. At musikkterapeutar på barneavdeling ikkje er ei autorisert yrkesgruppe, bidrar gjerne til meir usikkerheit rundt den udefinerte rolla musikkterapeutane har i det medisinske systemet. Det oppstår ei usikkerheit knytt til om musikkterapeutar tilhører helsepersonellova, og om ein kan rekne musikkterapi som ein del av dei ulike helsefaga i systemet. Trass i den manglande autorisasjonen er musikkterapeutar plikta til å følgje mellom anna teieplikt og dokumentasjonsplikt. Ein yrkesautorisasjon av musikkterapeutar vil bidra til å konkretisere arbeidsoppgåvene, samt gjere profesjonen meir tilgjengeleg og anerkjent (Autorisasjonssøknad, 2010).

Samstundes som informantane ynskjer meir system og struktur, argumenterar dei for å vere i den fleksible musikkterapirolla. Det optimale for musikkterapeutar tenkjer eg vil vere ein fagleg fleksibilitet som gjev struktur, men samstundes ein viss fridom. Ei rolle kor musikkterapien er integrert i systemet, men likevel ei rolle som har høve til å påverke sitt eige arbeid og sin eigen yrkesidentitet er ei utfordring å få til. Dette kan ein sjå i høve til Maratos (2004) sine erfaringar av at eit samfunnsmusikkterapiprojekt hadde ein de-institusjonaliserande funksjon. Samfunnsmusikkterapien førar til at musikkterapeuten ofte vert involvert i multiple roller, og prosessen involverar ofte store grupper av menneske med ulike behov, meiningar og verdiar (Stige, 2002). Det å ha fokus på samfunnsmusikkterapien fordrar med andre ord fleksibilitet i musikkterapeutane sitt arbeid. Eg meiner det unike med denne fleksibiliteten gjev eit høve for å både arbeide samfunnsmusikkterapeutisk- og miljø orientert, men samstundes eit høve til individuelle forløp som kanskje finn seg litt over på konsensusmodellsida. Å finne balansen mellom dette vert viktig, og det er jo kanskje nettopp denne fleksibiliteten som er så unik for den norske musikkterapien. I den samanheng undrar

eg meg over om det ikkje er så langt derifrå informantane faktisk er no. Ein bør gjerne ikkje vere for optimistisk, for eit tverrfagleg samarbeid er nok enklare å få på plass enn eit system som anerkjenner musikkterapien på lik linje med dei andre profesjonane.

Kombinasjonen av at musikkterapi er eit forholdsvis nytt fagfelt, der musikkterapeuten har stor fleksibilitet og manglande struktur i det medisinske systemet, førar til at musikkterapeutane på barneavdeling er med på å skape og utvikle sin eigen arbeidsplass. Samstundes må dei ta "omsyn" til at det er fleire forhold som påverkar denne utviklinga. Til dømes at dei treng kunnskap, fagleg nysgjerrigheit og støtte i arbeidsmiljøet for at denne utviklinga skal kunne la seg gjere (Rønnestad, 2008). Dei er pionerar og er med på å utvikle sin profesjon. Ei pionerverksemd som forhåpentlegvis utviklar seg til systemisk integrasjon i åra som kjem.

5.2 Rolleforvirring versus fagleg identitet

Datamaterialet mitt bekrefta at ein, som musikkterapeut på barneavdeling i Noreg, tar i bruk ulike roller og vekslar mellom desse i det musikkterapeutiske arbeidet. Det store aldersspekteret som er på barneavdelinga skapar naturlegvis mange av desse rollene, og ein kan dermed undre seg over om det er mogleg å unngå at dei ulike rollene oppstår. Informantane fortalte også i intervjuet at nokre av rollene er det systemet som skapar, og dermed opplever dei desse rollene som uventa og ufrivillige. Dette førar med seg både fordelar og ulemper som eg no vil kome nærare inn på.

Dei mange rollene førar kanskje til at musikkterapeuten ikkje får ei fagleg tilhøyrsløse i eit medisinsk system, dette fordi informantane opplever at dei er usikre og utydelege i den faglege identiteten sin. Usikkerheit knytt til om dei kan kalle seg for musikkterapeut i alle desse rollene dei tar i bruk, er eit relevant tema. Når ein vert oppfatta som ein underhaldar i sjukehusmiljøet kan ei usikkerheit knytt til om dette er ei musikkterapirolle eller ei muskarrolle dukke opp. Å ha så mange roller i systemet førar difor til at deira faglege identitet blir utydeleg i det medisinske systemet. Det er ikkje alltid like tydeleg kva ein musikkterapeut er, og det er heller ikkje sjølvstøtt kva ein musikkterapeut kan brukast til. Som musikkterapeut på barneavdeling vert ein gjerne til tider oppfatta som ein underhaldar eller ein gjøgglar av dei andre tilsette. At dei tilsette då må forholde seg til at musikkterapeuten i neste augneblink vil ha tilgang til elektronisk journal kan vere nokså absurd og vanskeleg å forstå. Dette er eit utfordrande dilemma som litteraturen om hybrid identitet kan vere med å

belyse. Stige (2008a) omtalar musikkterapien som ein hybrid identitet som verken er det eine eller det andre, eller som er både og. Å gå frå å vere ein musikar og ein underhaldar til i neste augneblinken å lindre smerte, og i neste omgang presentere faget på eit tverrfagleg møte, er kvardagen til musikkterapeutane på barneavdelinga. Sidan musikkterapi er eit så relativt nytt fag i utvikling, er det avhengig av å integrere og importere omgrep, teoriar og metodar frå andre fagfelt. Med dette oppstår det ein viss fare for å ikkje utvikle ein eigen identitet. Stige (2008a) argumenterar difor for ein hybrid identitet som handlar om musikkterapidisiplinen, og korleis disiplinen har tilknytning til både humaniora og helsevitenskapen. Det at musikkterapeuten tar roller som både musikar og behandlar kan forståast som eit praktisk uttrykk for ein slik hybrid identitet. Som me ser påverkar dette både den faglege identiteten på eit personleg nivå, samt korleis musikkterapien som fag oppfattast i institusjonen på eit systemnivå. Ein hybrid identitet uttrykkjer seg såleis i interaksjonen mellom den personlege opplevinga av fagleg identitet og eit organisatorisk nivå av institusjonens faglege identitet.

Dette er på mange måtar eit paradoks. På den eine sida fører ein hybrid identitet til ein svekka identitet, og eit mindre tydeleg fagfelt, medan musikkterapiprofesjonen på den andre sida ynskjer ein eigen fagleg identitet. Samstundes som ein ynskjer meir samarbeid, vil ein markere ein eigen identitet og fagleg fleksibilitet som er unikt for faget vårt. Mine data peikte i retninga av at det kan vere ei slags løysing å drøfte om det er mogleg å få ein sterk fagleg identitet nettopp i den hybride identiteten. Musikkterapeutane opplever at dei fleksible rollene og dei ulike arbeidsformene som dei tar i bruk, er ein del av deira faglege identitet. Utfordringane startar kanskje meir når dei møtar eit system som ikkje fullt ut har forstått denne hybride identiteten, og som difor problematiserer at ”musikaren” treng tilgang til journalar og tverrfaglege møte.

Informantane fortel om sitt arbeid i det opne fellesrommet, med fokus på miljøet på sjukehuset. Samfunnsmusikkterapien har på mange måtar sprengt rammene litt for musikkterapien. For kva gjer det å arbeide i det opne miljøet med den faglege identiteten til musikkterapeuten? Jo, for det første skapar det fleire roller, og då gjerne ei forvirring knytt til musikkterapeuten sin identitet og plass i systemet. Usikkerheit rundt musikkterapeuten sine tilsetjingsforhold i høve til at ein vert involvert i ulike arrangement på sjukehuset, kan skape rolleforvirring slik at det vert ei utfordring å forstå den faglege identiteten. I den samanheng kan ein undre seg om det manglande musikkterapidomene i tilvisningssystema kan føre til

den rolleforvirringa som er omtalt i analysekapitelet. Det er i den samanheng ikkje spesielt rart at ein som musikkterapeut då vert oppfatta som ein pedagog eller ein leiketerapeut.

Ein fordel med å arbeide så mykje ute i miljøet og ha ein slik fleksibilitet, er at musikkterapeuten kan arbeide både individuelt, men også førebu og støtte den enkelte pasient til å stå fram i dei opne og sosiale fellesromma. Det å veksle mellom ulike roller kan vere utfordrande i høve til å vere nok tilstades i kvar rolle. Det kan fort vere flakkande, og det fører kanskje til mindre fagleg tyngde. For å oppnå respekt og anerkjenning hjå dei tilsette, er den musikkterapeutiske fagpersonen viktig. Musikkterapeuten i eit medisinsk system er avhengig av å formidle faget og vise til truverdig forskning for å oppnå fagleg identitet. Fleire musikkterapistillingar i det medisinske systemet vil også vere med på å styrke den faglege identiteten til musikkterapeuten. Ein vil då få eit høve til å dekke fleire behov og oppnå ein fagleg identitet som rommar alle dei ulike rollene, samt oppnå ei fagleg anerkjenning frå systemet i endå større grad. Dette samsvarar med det Ærø & Aasgaard (2011) skriv om at dersom musikkterapeuten skal stå fram som meir enn ein ”entertainer”, må det meir forskning til. Å synleggjere musikkterapien som forskingsbasert disiplin i skjeringpunktet mellom humaniora og naturvitskapen vert difor viktig. Det er eit stort forskingsunderskot når det gjeldt norsk musikkterapeutisk praksis ved barneavdelingar. På sjukehus er musikkterapeutar ei lita og relativt svak profesjonsgruppe, og det er difor nødvendig med tverrfaglege tilnærmingar i forskingsarbeidet (Ærø & Aasgaard, 2011).

5.3 Fagleg isolasjon versus tverrfagleg samarbeid

Dei empiriske funna mine viste at informantane til tider opplever å vere åleine i eit stort medisinsk system. Dei må stå på egne bein, og dei er på mange måtar sin eigen herre. Ei kjensle av einsemd og fagleg isolasjon er dermed ein del av arbeidssituasjonen til musikkterapeutane på barneavdelinga. For mange er musikkterapien ei eiga øy i systemet, som nokre av dei tilsette ikkje ein gong kjenner til. Musikkterapi er for mange ei ukjent yrkesgruppe, og det at musikkterapeutar vekslar mellom ulike roller kan utforde høve til å forstå, og verte kjent med faget. Ein kan difor spørje seg om dei ulike rollene musikkterapeutane tar i bruk fører til fagleg isolasjon, for det å jobbe med så mange ulike roller kan gjere det utfordrande å verte ein del av ei tydeleg tverrfagleggruppe. Som musikkterapeut på sjukehus går ein gjerne i frå å samarbeide med leiketerapien til i neste omgang å samarbeide med fysioterapeutar. Ein har dermed ikkje noko klart og tydleg haldepunkt. Som den einaste med musikkkompetanse som ein del av stillinga, er det nokså

naturleg at dei på den måten opplever å skilje seg litt ut, og opplever ei fagleg isolering i høve til dei andre profesjonane.

Musikkterapeutane har ei udefinert rolle som dei må definere sjølv. Systemet isolerar på den måten musikkterapien i frå dei andre yrkesgruppene som har definerte arbeidsoppgåver.

Ein av informantane fortalte i intervjuet at dersom ein skal klare å halde oppe musikkterapeuttilbodet på barneavdelinga over lengre tid, må det skje ei endring.

Musikkterapien må verte ein betre integrert del av nokon som kan fortelje ein kva ein skal gjere, og rolla må verte meir definert. Når det er sagt, opplever også musikkterapeutane å vere ein del av positive tverrfaglege samarbeid. Informantane fortalte i intervjuet om enkelte avdelingar kor musikkterapeutane er betre integrert, og der tverrfaglege samarbeid fungerer betre enn på andre avdelingar. Tverrfagleg samarbeid er alfa og omega for at dei tilsette skal forstå det arbeidet musikkterapeuten gjer inne på pasientromma. Det gjev eit høve til å formidle faget og oppnå fagleg anerkjenning hjå dei andre profesjonane på sjukehuset. Dette samsvarar med Aftret (2008) sine erfaringar knytt til tverrfagleg samarbeid. Ho påpeikar viktigheita ved å involvere seg i kvarandre sine praksisfelt, noko som førar til tydelegare refleksjon kring sitt eige felt. I denne samanheng meiner eg det er svært nødvendig for musikkterapeuten å reflektere og vere tydeleg rundt si rolle i det tverrfaglege teamet, sidan musikkterapi i så liten grad er definert av systemet. Det er viktig å gå inn i eit tverrfagleg samarbeid med eit opent syn for å dekke flest moglege behov hjå pasientane. Likevel vert det viktig for musikkterapeuten å vere tydeleg på kva arbeidsoppgåver og ansvar ein har, slik at ein ikkje lar seg overkjøre av dei andre profesjonane i eit tverrfagleg team.

Det er interessant å diskutere om den rolleforvirring som både musikkterapeutane sjølv opplever, men som også systemet erfarar, kan påverke høve for tverrfagleg samarbeid. Det tverrfaglege samarbeidet vert meir sporadisk og tilfeldig enn ein del av normalkvardagen når sjukehuset sine strukturar ikkje har ”fanga” opp musikkterapeutane og dermed ikkje innlemmar dei naturleg i eit tverrfagleg fellesskap. Dette kan verte krevjande for musikkterapeutane i lengda, og eg meiner at det er eit lite paradoks at musikkterapeutane sjølv må ”sørgje for” å delta i eit tverrfagleg samarbeid. Det ligg politiske føringar som oppfordrar til tverrfagleg samarbeid, t.d. i høve til samhandlingsreforma. Der vert det mellom anna lagt vekt på at ein skal få ulike ledd i helsetenesta til å jobbe betre saman.

Samhandlingsreforma aktualiserar arbeidsmåtar for helsepersonellet som t.d. tverrfaglege

team som skal bidra til meir heilskapleg behandling og kontinuitet i pasienthandtering, samt betre bruk av dei tilgjengelege personellressursane (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Samfunnsmusikkterapeutisk tilnærming pregar som tidlegare nemnt det musikkterapeutiske arbeidet til informantane. I den samanheng er det relevant å diskutere om musikkterapeutane hadde i endå større grad vore ein del av tverrfaglege samarbeid dersom dei hadde jobba meir tradisjonelt. Hadde det å arbeide meir med medisinsk musikkterapi, kor fokuset er på å redusere og lindre smerte eller andre ubehagelege symptom, gjort ein forskjell? Samstundes er dette veldig paradoksalt, fordi samfunnsmusikkterapien på mange måtar har eit relativt stort fokus på det systemiske, og nærast føreset tverrfagleg samarbeid for å lykkast.

Informantane legg i intervjuet vekt på at samarbeidet med dei andre tilsette på den ikkje-medisinske sida er viktig. Å halde saman med leiketerapien og sjukehuskulen er svært verdifullt. Mitt spørsmål er då om dette er mogleg å unngå, og er det eit mål å endre dette? Likevel er det jo naturleg å ikkje berre samarbeide med leiketerapien. For musikkterapeutane er det også naturleg å samarbeide med til dømes fysioterapeutar eller anna helsepersonell.

I høve til musikkterapi er det også ofte snakk om fleire aktørar som nyttar musikk på same arena (Stige, 2002; 2012). Tverrfagleg samarbeid på barneavdelingar vil ynskjeleg omhandle meir enn at det er fleire aktørar som brukar musikk. Stige (2002; 2012) sin diskusjon om *arena* og *agents* handlar mykje om at det er mange andre yrkesgrupper, t.d. sjukepleiarar, som også nyttar musikk. Dette er jo ein diskusjon som i alle fall linkar opp mot tverrfagleg samarbeid, for det å dele ein arena og eventuelt å samarbeide på den er jo på sett og vis eit tverrfagleg samarbeid. Samstundes er jo tverrfagleg samarbeid noko anna og noko meir enn det å dele ein arena for musikkarbeid.

5.4. Implikasjonar for praksis og forskning

Tema som vert tatt opp i denne oppgåva handlar både om å få systemet på plass, og få faget vårt kjent, men også på eit meir individuelt nivå. Informantane gav uttrykk for at dei oppfatta arbeidssituasjonen sin som krevjande og slitsam, og kva kan me då gjere for å unngå at musikkterapeutar vert utbrente? Sidan dette er ein reell trussel i dette bilete, kan det jo tenkast at det å vere endå tydelegare for å få betre arbeidsforhold vert svært viktig. Meir fokus på profesjonalitet under musikkterapistudiet er i denne samanheng eit sentralt tema. Studiet og utdanninga må ta profesjonaliteten på alvor, både i høve til å styrke den enkelte sin faglege

identitet, og ikkje minst for å gje studentane betre kunnskap om systema dei skal arbeide innanfor. Det kan difor vere relevant å nemne at ein ved Universitetet i Bergen har starta emnet, MUTP303 Profesjonskunnskap, ved musikkterapiutdanninga. Å byggje opp eit betre rettleiingstilbod for ferdig utdanna musikkterapeutar kan og vere relevant for å utvikle profesjonen vår, samt unngå at musikkterapeutane vert utbrente.

Ein av informantane ytra eit ynskje om ein samanfatta mal om korleis ein arbeidar på sjukehus i Noreg. Ein mal kor det som fungerer av organisering, og det som ikkje fungerer kjem fram. Dette får meg til å tenkje at det å sjå framover vert svært viktig. Å få på plass yrkesautorisasjon for musikkterapeutar, og arbeide meir formelt med organisasjon og system vert difor sentralt. I søknaden sendt til Helse- og omsorgsdepartementet vart det nemleg vektlagt at ein autorisasjon vil sikre tydelege rammer for vidare utvikling av fagfeltet og utdanningstilboda. Og ikkje minst vil arbeidet med å gjere musikkterapi tilgjengeleg for folket verte styrka. På eit politisk nivå som dette er kan ein jo også seie noko meir generelt om høva til å jobbe fram gode strukturar for musikkterapeutane. Autorisasjon er eit viktig skritt i den retning, men det trengs kanskje også andre formelle strukturar på eit meir praktisk nivå. Dette kan t.d. vere alt i frå løn til tilvisningsprosedyrar og stillingsbeskrivingar (Autorisasjonssøknad, 2010).

Dette viser at musikkterapien treng meir forskning på profesjonalitet, både på systemnivå og personnivå. Kunnskap om korleis musikkterapeutar arbeidar i eit system, korleis dei vert integrert i systemet, samt behov for meir kunnskap og forskning om systema er nødvendig. Meir forskning på musikkterapeuten i tverrfagleg samarbeid er også eit behov når det gjeldt å utvikle musikkterapiprofesjonen. Spesielt i høve til den samfunnsmusikkterapeutiske praksisen er det kanskje særskilt viktig. Det er prisverdig å ha etablert emnet, MUTP303 Profesjonskunnskap, på utdanninga i Bergen, men det er likevel tilfelle at ein ikkje har nok kunnskap om det. Ein av grunnane er mellom anna at det i Noreg ikkje er skriva doktoravhandling om dette temaet, men det kjem truleg snart.

5.5 Kritisk blikk på eiga forskning

I dette masterprosjektet har eg hatt eit nokså lite utval av informantar. Dette fordi det ikkje er mange musikkterapeutar som arbeidar med born på sjukehus i Noreg, og det var dermed nokså få informantar å velje mellom. Å berre gjennomføre tre intervju gjev meg ikkje høve til ei formell eller statistisk generalisering, men det er jo heller ikkje målet med kvalitativ

forskning. Kvale og Brinkmann (2009) legg vekt på at med eit humanistisk syn er kvar enkelt situasjon og fenomen unikt, og det har si eiga indre struktur og logikk. På bakgrunn av dette vil ein kunne overføre meining frå eit kassstudium til eit anna, men det vil berre gje moglege likskapstrekk på moglege utfall. Studien min gjev meg difor ikkje høve til å generalisere på eit universelt og internasjonalt nivå, men eit høve til å vise til kunnskap om norske musikkterapeutar sitt arbeid med born på sjukehus.

I forskingsprosjektet mitt har eg valt å anonymisere informantane. Anonymisering kan føre til at informantane kjenner seg friare, og dermed ikkje utelet viktig informasjon. Musikkterapi med born på sjukehus er ein relativt liten kontekst, og det er difor viktig, men desto meir utfordrande å anonymisere informantane. Musikkterapeutane som deltok i prosjektet har kjennskap til kvarandre og kvarandre sitt arbeid, og ei utfordring vert å halde dei anonyme for kvarandre. Dei var likevel klare over det vesle miljøet då dei sa seg villig til å delta i prosjektet, og for lesaren vil det ikkje vere mogleg å identifisere informantane frå kvarandre.

I kvalitativt forskingsintervju kan ein metodisk utfordring til dømes vere å stille opne nok spørsmål i intervjuguiden som gjev rom for opne svar. Sidan eg hadde litt erfaring innan denne konteksten frå min eigenpraksisperiode, vart det difor ekstra viktig å ikkje låse seg for fort opp til ei enkelt hypotese og dei svara eg ynskja å få.

Dette er mitt første forskingsprosjekt, og eg er difor svært audmjuk for at andre gjerne ville ha analysert seg fram til andre kategoriar enn dei eg har enda opp med. Eg er også difor open for at andre kanskje ville forstått eller tolka utsegna på ein anna måte enn det eg har gjort. På bakgrunn av dette valte eg difor å involvere rettleiaren min i analyseprosessen, dette for å diskutere meg fram til passande kategoriar å arbeide vidare med.

På slutten av prosessen og arbeidet med denne oppgåva såg eg at eg med fordel kunne prioritert å tatt med meir teori og litteratur om tverrfagleg samarbeid. Undervegs i arbeidet med empirien viste dette seg å ha ein sentral plass, men då var det ikkje hensiktsmessig å fokusere på dette grunna tidspress. Den hybride identiteten til musikkterapidisiplinen har også på eit vis her utfordra meg sjølv. Dette med tanke på at eg har måtta arbeida med teori knytt til ein annan disiplin, og eg har dermed då måtta forholde meg til eit tverrfagleg diskursfelt når eg har skrive oppgåva.

6.0 KONKLUSJON

Eg har i denne oppgåva sett på korleis musikkterapeutar opplever sin profesjonalitet i høve til å ta ulike roller i arbeidet sitt på barneavdeling. ”Kva er meg, og kva er systemet?” som er tittelen på denne oppgåva er inspirert av sitatet ”Er det meg, eller er det systemet, eller er det ei god blanding?”, frå ein av informantane. Eg synes dette skildra innhaldet og veggen oppgåva har tatt undervegs i prosessen på ein svært passande måte. Det understrekar både personnivået og systemnivået som har kome til syne gjennom analysen av datamaterialet.

Musikkterapeutane er i eit fagfelt som er i utvikling, spesielt innanfor den medisinske konteksten. Samstundes er deira profesjon i utvikling, og dette er i seg sjølv ein utfordrande situasjon. Musikkterapi er ein profesjon som ikkje inngår i alle strukturane som allereie er fastsett i det medisinske systemet. Musikkterapeutane opplever sin profesjonalitet som todelt, der dei på den eine sida har ei personleg oppleving av kven dei er, medan systemet på den andre sida er med på å prege og påverke deira profesjonelle identitet. Det kan dermed til tider opplevast som vanskeleg å skilje og forstå kva som er kva, og kven som styrer kva roller ein tiltrer gjennom arbeidsdagen. Som musikkterapeut på barneavdeling opplever dei at dei har ei uferdig og til tider uklar rolle som kan vere utfordrande å takle, men dette kan og gjerast om til noko positivt som gjev moglegheit for påverking og utvikling av musikkterapien. Systemet skaper nokre roller, medan andre roller er det den individuelle personlegdommen og erfaringa til kvar enkelt musikkterapeut som skaper. Hovudårsakene til denne opplevinga kan kanskje kome av det å jobbe innan eit samfunnsmusikkterapeutisk perspektiv, samt den hybride identiteten til musikkterapien.

Å gje musikkterapien ein tydelegare og større plass i det medisinske systemet kan kanskje vere med på å gje andre faggrupper og profesjonar ei større forståing og respekt for musikkterapeuten si rolle og det musikkterapeutiske arbeidet. Dette kan truleg vere med på å auke forståinga og viktigheita av å ha minst ein musikkterapeut på kvar barneavdeling i Noreg.

Til slutt vil eg nemne barneteikninga på framsida av oppgåva. Den fekk meg til å undre. For i den delen av sjukehusbygget kor den vesle jenta har teikna musikk er det også liv og fargar, medan det i den andre delen av bygget berre er tomt. Kanskje er det fordi det der manglar musikk?

Litteraturliste

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Aftret, K. (2008). Samspill – om musikkterapeuten i kommunen. I G. Trondalen, & E. Ruud (Red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 243-252). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion. Vitenskapsfilosofi och kvalitativ metode*. Lund: Studentlitteratur.
- Ansdell G. (2002). Community Music Therapy & The Winds of Change. *Voices*. Volum 2 (2). Henta 12. Januar 2010, frå <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/83/65>
- Ansdell G. & Pavlicevic, M. (2008). Responding to the Challenge: Between Boundaries and Borders. *British Journal of Music Therapy*, 22 (2), 73-76.
- Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ayson, C. (2008). Child-Parent Wellbeing in a Paediatric Ward: The Role of Music Therapy in Supporting Children and Their Parents Facing the Challenge of Hospitalisation. *Voices*. Volum 8 (1). Henta 28. Oktober 2010, frå <https://voices.no/index.php/voices/article/view/449/367>
- Barrington, A. (2008). Challenging the Profession. *British Journal of Music Therapy*, 22 (2), 65-72.
- Berger, I. (2006). Beskyttet tittel, faste stillingskoder og egen lønnsramme? Realistisk eller bare en drøm? *Musikkterapi*, 31 (2), 20-22.
- Brodsky, W. (1989). Music therapy as an Intervention for Children with Cancer in Isolation Rooms. *Music Therapy*, vol. 8, No. 1, 17-34. Henta 11. November 2010, frå http://cmsprod.bgu.ac.il/NR/rdonlyres/2CF3D675-D9F2-4EA7-8E0B-F042F265F095/81109/4_MT_Cancer.pdf
- Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2005a). Designing Qualitative Research. I B. Wheeler (Red.). (s. 129-137). *Music Therapy Research*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. (2005b). Research Topics ans Questions in Music Therapy. I B. Wheeler. (Red.). (s. 81-93). *Music Therapy Research*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Dale, E. L. (1989). *Pedagogisk profesjonalitet. Om pedagogikkens identitet og anvendelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Dale, E. L. (1997). Undervisningens etikk. I E. L. Dale (Red.). *Etikk for pedagogisk profesjonalitet*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag AS. Henta frå http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2008081400044
- Dileo, C. (2000). *Ethical Thinking in Music Therapy*. Cherry Hill, NJ: Jeffrey Books.
- Eide, M. L. (2008). *Jeg kan! Musikkterapi med barn på sjukehus – et ressursorientert perspektiv i lys av intervjuer med seks musikkterapeuter*. (Masteroppgåve). Oslo: Noregs Musikkhøgskule.
- Elefant, C. & Lotan, M. (2004). Rett Syndrome: Dual Intervention – Music and Physical Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*. 13 (2), 172-182.
- Erkkilä, J. (2003). Bok omtale av *Contemporary Voices in Music Therapy: Communcation, Culture, and Community*. (Kenny, C. & Stige, B, 2002). *Nordic Journal of Music Therapy*. 25. Februar 2003, henta frå <http://njmt.b.uib.no/2003/02/25/contemporary-voices-in-music-therapy/>
- Fauske, H. (1991). *Profesjonene – bremsekloss eller syndebukk*. FAFO-rapport nr.118. Henta frå http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2010050505090
- Heggen, K. (2008). Profesjon og identitet. I A. Molander & L. I. Terum. (Red.). *Profesjonsstudier*. (s. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsepersonellova. (1999). Lov om helsepersonell m. v. av 2. Juli 1999. Nr. 64. Henta frå <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen. St. meld. nr. 47. Oslo: Departementet. Henta frå <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/14.html?id=567347>
- Hernes, H. (2002). Perspektiver på profesjoner. I B. Nylehn, & A. M. Støkken. (Red.). *De profesjonelle*. (s.38-51). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hodne, I. H. (2007). *Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Norge*. (Masteroppgåve i musikkterapi, Norges Musikkhøgskole). Oslo: NMH.
- Hodne, I. H. (2008). Musikkterapeutene som profesjonsgruppe i Noreg. I G. Trondalen, & E. Ruud (Red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 219-232). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Kenny, C. & Stige, B. (2002). *Contemporary Voices in Music Therapy – Communication, Culture, and Community*. Oslo: Unipub Forlag.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ledger, A. (2010). *Am I a founder or am I a fraud? Music therapists' experiences of developing services in healthcare organizations*. (Doktoravhandling). Irland: University of Limerick.
- Loewy, J. (1999). The use of music psychotherapy in the treatment of pediatric pain. I C. Dileo. (Red). *Music therapy & Medicine- Theoretical and Clinical Applications*. (s. 189-205). USA: AMTA Press.
- Longhi, E. & Pickett, N. (2007). Music and well-being in long-term hospitalized children. *Psychology of Music*. Volum 36 (2): 247-256. Henta 22. oktober 2010, frå <http://pom.sagepub.com/content/36/2/247>
- Maratos. A. (2004). Whatever Next? Community Music Therapy for the Institution! I M. Pavlicevic, & G, Ansdell. (2004). *Community Music Therapy*. (s. 131- 146). UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier – en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum. (Red.). *Profesjonsstudier*. (s. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norges Musikkhøgskole og Universitetet i Bergen, i samarbeid med Musikernes fellesorganisasjon og Norsk forening for musikkterapi (2010). *Autorisasjon av musikkterapeuter*. Søknad utarbeidd til Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pavlicevic, M. (2004). Learning from Thembaletu: Towards Responsive and Responsible Practice in Community Music Therapy. I M. Pavlicevic, & G, Ansdell. (2004). *Community Music Therapy*. (s. 35- 47). UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Pettersen, J. A. (2008). *Musikkterapi i fengsel. Møte mellom musikkterapien og "den totale institusjonen"*. (Masteroppgåve). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Procter, S. (2008). Premising the Challenge. *British Journal of Music Therapy*, 22 (2), 77-82.
- Ruud, E. (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling*. Oslo: Solum Forlag.
- Ruud, E. (1992). Om forskning i musikkterapien: Metakritikk, verdier og kvalitativ metode. *Nordic Journal of Music Therapy*, 1 (1), 21-26.
- Ruud, E. (1998). *Music Therapy: Improvisation, communication, and culture*. USA: Barcelona Publishers.
- Ruud, E. (2005). Philosophy and Theory of Science. I: Wheeler, B. L. (Red.). *Music Therapy Research*. (s. 33-44). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

- Ruud, E. (2006). Musikk i arbeid med barn på sykehus. I T. Aasgaard. (Red.). *Musikk og helse*. (s. 17-30). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Ruud, E. (2008). Et humanistisk perspektiv på norsk musikkterapi. I G. Trondalen, & E. Ruud. (Red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 5-28). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Ruud, E. (2010). *Music Therapy: A Perspective from the Humanities*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rønnestad, M. H. (2008). Profesjonell utvikling. I Molander, A. & Terum, L. I. (Red.). *Profesjonsstudier*. (s. 279-294). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stige, B. (2002). *Culture-Centered Music Therapy*. Gilsum NH: Barcelona Publishers.
- Stige, B. (2003). *Elaborations toward a Notion of Community Music Therapy*. (Doktoravhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Stige, B. (2005). Om å få system på samfunnsmusikkterapien. *Musikkterapi*. Nr.1 (s. 24-33).
- Stige, B. (2008a). Musikkterapiforskning – mellom praksis og academia. I G. Trondalen, & E. Ruud. (Red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 49-65). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Stige, B. (2008b). Samfunnsmusikkterapi – mellom kvardag og klinikk. I G. Trondalen, & E. Ruud. (Red.). *Perspektiver på musikk og helse. 30 år med norsk musikkterapi*. (s. 139-159). Oslo: NMH publikasjoner 2008:3.
- Stige, B. (2010). *Musical Participation, Social Space, and Everyday Ritual*. I G. Ansdell, C. Elephant, M. Pavlicevic, & B. Stige. *Where Music Helps - Community Music Therapy in Action and Reflection*. (s. 125-147). UK: Ashgate.
- Stige, B. (2012). Health Musicking: A Perspective on Music and Health as Action and Performance. I R. MacDonald, G. Kreutz & L. Mitchell. *Music, Health and Wellbeing*. (s. 183-195). New York: Oxford University Press.
- Stige, B. & Aarø, L.E. (2012) *Invitation to Community Music Therapy*. New York: Routledge
- Trondalen, G. (2006). Musikkterapi. I T. Aasgaard. (Red.). *Musikk og helse*. (s. 58-74). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Trondalen, G., Rolvsjord, R. & Stige, B. (2010). Music Therapy in Norway – Approaching a New Decade. *Voices*. Henta 08. Mars 2012, frå <http://www.voices.no/?q=country-of-the-month/2010-music-therapy-norway-approaching-new-decade>

- Wheeler, B & Kenny, C. (2005). Principles of Qualitative Research. I B. Wheeler. (Red.). *Music Therapy Research*. (s. 59-71). Gilsum, NH: Barcelona Publishers.
- Ærø, S. B. & Aasgaard, T. (2011). Gjøgler og behandler: Musikkterapeutens arbeidsoppgaver og profesjonelle roller ved en sykehusavdeling for barn. I K. Stensæth & L. O. Bonde. (Red.). *Musikk, helse og identitet*. (s. 141-160). Oslo: NMH publikasjoner 2011:3.
- Aasgaard, T. (1999). Music Therapy as Milieu in the Hospice and Paediatric Oncology Ward. I D. Aldridge. (Red.). *Music Therapy in Palliative Care*. (s. 29-42). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Aasgaard, T. (2002). *Song Creations by Children with Cancer - Process and Meaning*. (Doktoravhandling). Danmark: Universitetet i Aalborg.
- Aasgaard, T. (2004). A Pied Piper among White Coats and Infusion Pumps: Community Music Therapy in Paediatric Hospital Setting. I M. Pavlicevic, & G. Ansdell. (Red.). *Community Music Therapy*. (s. 147- 163). UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Aasgaard, T. (2006a). Musikk i arbeid med barn på sykehus. I T. Aasgaard. (Red.). *Musikk og helse*. (s. 75-106). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Aasgaard, T. (2006b). Musikk i helsefag: fysioterapi, ergoterapi og sykepleie. I T. Aasgaard. (Red.). *Musikk og helse*. (s. 31-51). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Vedlegg 1

Intervjuguide

Problemstilling:

Korleis opplever musikkterapeutar som arbeidar med born på sjukehus i Noreg sin profesjonalitet i høve til dei ulike rollene dei kan ha i denne konteksten?

Forskingsspørsmål	Intervjuspørsmål
<p>Korleis tar musikkterapeuten i bruk kompetanse sin i dei ulike rollene?</p> <p>Skapar dei ulike rollene ringverknadar, eller vert dei opplevd problematiske?</p> <p>Innleiande del :</p> <p>Hovuddel:</p> <p>Skildring av praksis</p> <p>Terapiomgrepet</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Kor lenge har du jobba som musikkterapeut?2. Kor lege har du jobba med born?3. Kor lenge har du jobba på sjukehus? 4. Kan du fortelje litt om korleis du praktiserar ditt yrke på sjukehuset?<ul style="list-style-type: none">- I kva ulike settingar/ arenaer arbeidar du?- I kva samanhengar vert du involvert? Kva samarbeidspartnarar har du?- Kor mykje inngår du i tverrfagleg samarbeid?- Kva roller tar du?- Kva opplever du som ditt/dine ansvarsområde?- Jobbar du nokre gongar utanfor sjukehus institusjonen? 5. Kan du reflektert litt over dei ulike rollene du tar i høve til musikkterapi omgrepet, eller terapiomgrepet

Ulike roller og ringverknadar

Musikkterapeuten i ein medisinsk kontekst

Avsluttande del:

generelt når du arbeidar som musikkterapeut på barneavdeling?

- I kva grad tar du i bruk andre omgrep som konkretiserar den behandlinga du utfører.
- Bruker du omgrepet musikk**terapi** i alle dei settingar du jobbar i og rollene du tar innanfor sjukehuset? Er det nokon samanhengar der det ikkje er like naturleg?
- Kva moglegheiter/ avgrensingar opplever du at ein finn innanfor ein sjukehuskontekst når det gjeld å jobbe med tradisjonell terapi?

6. Kan du fortelje litt om dine opplevingar knytt til det å vere ein fagperson med mange ulike roller?
7. Kva skjer når du vekslar mellom desse rollene?
 - Skapar det ringverknadar?
 - I kva grad vert det ein positiv ein ressurs?
 - Kva problem bringer det med seg? Til dømes i samarbeid med dei tilsette?
8. Kva kvalifikasjonar tenkjer du det er viktig at ein musikkterapeut som arbeidar i denne konteksten har?
9. Korleis plassere du deg i høve til andre yrkesgrupper?
10. Korleis opplever du din eigen identitet? Korleis er du integrert i det medisinske systemet i høve til status og anerkjening?
11. Korleis trur du det vil vere å jobbe som musikkterapeut med born på sjukehus om 10 år?
 - visjonar/ynskjer for vegen vidare?

Vedlegg 2

Kvittering på melding om behandling av personopplysninger

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Randi Rolvsjord
Griegakademiet - Institutt for musikk
Universitetet i Bergen
Postboks 7800
5020 BERGEN

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 28.10.2011

Vår ref: 28310 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.10.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 27.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28310	<i>Musikterapi, ein profesjonalitet med mange ulike rollar.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Randi Rolvsjord</i>
Student	<i>Julie Mangersnes</i>

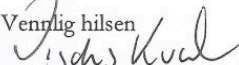
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.


Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Julie Mangersnes, Bakersmauet 14, 5036 BERGEN

Vedlegg 3

Informasjonsskriv

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med ei masteroppgåve.

Eg er masterstudent i musikkterapi ved Universitet i Bergen, og heldt no på med mi avsluttande masteroppgåve. Tema for oppgåva er musikkterapi med born på sjukehus, og eg skal undersøkje musikkterapeuten si rolle i arbeid med born på sjukehus. Eg er interessert i å finne ut korleis musikkterapeutar som arbeidar med born på sjukehus opplever sin profesjonalitet i høve til dei ulike rollene dei kan ha i denne konteksten.

For å finne svar på dette, ynskjer eg å intervju 3 - 4 musikkterapeutar som arbeidar eller har arbeida med born på sjukehus i Noreg.

Spørsmåla vil dreie seg om kva roller du tar i forbindelse med din praksis og korleis du opplever dette i høve til din profesjonelle identitet og profesjonsutøving.

Eg vil bruke bandopptakar og ta notatar under intervjuet. Intervjuet vil ta omtrent ein time, og me vert saman einige om tid og stad.

Det er frivillig å delta i intervjuet og du har høve til å trekke deg kortid som helst undervegs, utan å måtte begrunne dette nærare. Dersom du ynskjer å trekke deg vil alle innsamla data om deg verte sletta.

Musikkterapi er eit lite fag med få utøvarar. Det er allment kjent innanfor musikkterapifagmiljøet kven som arbeidar innanfor sjukehuskonteksten. Det vil difor vere høve for personar som kjenner godt til musikkterapimiljøet i Noreg å identifisere dei personane som er med i utvalet. Difor vil det bli lagt stor vekt på å anonymisere informantane slik at det vert vanskelig å identifisere den enkelte informant frå dei andre i publikasjonen. Prosjektslutt er juni 2012. Opplysningane vert anonymisert så langt det lar seg gjere, og lydopptak vil verte sletta.

Dersom du har lyst å delta i intervjuet, er det fint om du skriv under på den vedlagte samtykkeerklæringa og returnerar den til meg.

Er det noko du lurar på kan du ringe med på tlf:, eller sende meg ein e-post på Du kan også kontakte min rettleiar Randi Rolvsjord ved institutt for musikk på tlf:

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med venleg helsing

Julie Mangersnes

Vedlegg 4

Samtykkeerklæring

Eg har mottatt informasjon om studien *Musikkterapi, ein profesjonalitet med mange ulike roller* og ynskjer å stille på intervju.

Stad og dato.....

Signatur Telefonnummer